Année 1972 *N°*

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

LARIBOISIERE-SAINT-LOUIS

163

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marie-José SEURIN

NEE LE 21 MARS 1945 A ESPALION

Présentée et soutenue publiquement le..... 1972

SUICIDE ET SCHIZOPHRENIE

PRESIDENT : MONSIEUR NICK, PROFESSEUR.

Editions de l'AGEMP

8, rue Dante-PARIS Ve

Année 1972 *N°*

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

LARIBOISIERE-SAINT-LOUIS

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marie-José SEURIN

NEE LE 21 MARS 1945 A ESPALION

Présentée et soutenue publiquement le..... 1972

SUICIDE ET SCHIZOPHRENIE

PRESIDENT : MONSIEUR NICK, PROFESSEUR.

Editions de l'AGEMP

8, rue Dante-PARIS Ve

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes Parents

En témoignage de toute mon
affection et de ma reconnaissance
envers eux .

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549227_0042

A mon mari

A mon fils

A mes beaux-parents .

A tous les miens .

A Monsieur le Professeur J. NICK

Chef du Service de Neuro-Psychiatrie

de l' Hôpital TENON.

Qui a bien voulu présider cette thèse.

A Monsieur le Professeur GUERARD DES LAURIERS

qui a dirigé nos travaux et nous a encouragé de ses conseils .

En témoignage de ma profonde reconnaissance .

A mes Maîtres de stages hospitaliers

Professeur DEROT	HOTEL DIEU
Professeur CANIVET	SAINT LOUIS
Professeur J.BERNARD	SAINT LOUIS

EXTERNAT .

Professeur DEVISNE	TENON
Professeur BARCAT	SAINT LOUIS
Professeur MULLER	TENON
Professeur J.NICK	TENON
Professeur POULET	TENON
Professeur CONDAMIN	TENON
Professeur BLANC	Centre ABADIE BORDEAUX.

INTERNAT en psychiatrie.

Monsieur SUBRA, Médecin Chef à l'Hôpital
Château Picon, BORDEAUX.

T A B L E D E S M A T I E R E S .

	Pages
Introduction	1
1- Etude statistique	5
1- Proportion de malades ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide dans une population de schizophrènes .	
2- Proportion de schizophrènes parmi les suicidants	6
3- Tentative de suicide chez le schizophrène en fonction du sexe et de l'âge	7
II - Modalités et circonstances	8
1- Mode de suicide	8
2- Circonstances des tentatives	18
III - Motivations suicidaires	19
1- Lors de la première tentative	21
2- Lors des récidives	24
IV - Etude des antécédents familiaux et personnels	27
1 - Antécédents psychiatriques	27
a - familiaux	27
b - personnels	36

2 - Carence affective dans l'enfance 39

3 - Corrélations entre : 42
-carence affective,
-troubles psychiatriques parentaux et du malade dans son enfance

4- Nombre d'enfants uniques dans notre groupe 43

5- Niveau intellectuel des schizophrènes suicidants 43

V- Chronologie de la tentative de suicide dans la maladie 44

VI -Récidives en cours d'évolution 51

1- Récidives suicidaires et traitement 51

2 - Conduite suicidaire et entourage affectif 52

3 - Corrélation entre récidives, traitement et entourage affectif . 61

CONCLUSION GENERALE 66

BIBLIOGRAPHIE 68

SUICIDE ET SCHIZOPHRENIE

A PROPOS DE L'ETUDE DE 174 CAS DE SCHIZOPHRENIE

I N T R O D U C T I O N

" Chers Parents,

Je vous aime beaucoup et cependant je vais vous faire de la peine. En effet, je vais essayer de vous rendre ce que vous m'avez donné avec toutes les joies et toutes les heures de bonheur que j'ai eues.

Si je me suicide, c'est que je n'ai pas eu le courage d'affronter la vie. J'envie Nelly qui a eu son permis de conduire, qui aura son bac et qui fréquente un garçon.

Moi, il me semble que je n'arriverai jamais à rien aussi bien sur le plan intellectuel que sur le plan sentimental. J'ai grossi mais ce n'est pas celà qui justifie mon acte ; je m'en moque, je me suis résignée de ce côté-là.

C'est un plaisir (d'être mince) qui m'est refusé.

J'espère que je n'en réchapperai pas cette fois-ci (N.D.L.R.: c'est la sixième tentative de suicide).

Je ne demanderais qu'à vivre mais la moindre difficulté me décourage. J'ai bien l'intention de mourir mais on ne sait jamais.

Je n'aime plus la lecture, je suis insensible à la poésie et à la musique, plus rien ne m'intéresse. Je ne suis plus capable d'étutier.

Je vous embrasse de tout mon coeur.

Votre fille qui vous aime "

(Lettre d'une schizophréne de 15 ans qui ne doit le salut qu'à une erreur dans l'appréciation de la toxicité des médicaments qu'elle utilisait en quantité majeure).

Lettre banale d'une adolescente désespérée passagèrement, dira-t-on. Suicide banal d'une jeune fille au seuil de l'existence comme les journaux en font état tous les jours :

tel enfant de 14 ans s'est suicidé parce que son père lui reprochait de mal travailler en classe ;

tel adolescent s'est fait brûler vif car il ne supportait pas la société actuelle ;

tel autre, essuyant échecs sur échecs au baccalauréat ou à l'entrée en faculté, alors qu'il était jusque là un fort brillant sujet, s'est suicidé en s'injectant une dose massive de "drogue" dans laquelle il s'était réfugié par dégoût et rejet officiel de la société qui n'était pas fait à son image ;

tel autre, à 18 ans n'a pas pu accepter un abandon amoureux et s'est fait disparaître sur un mode romantique ;

tel autre n'ayant pu se faire réformer se suicide juste avant son incorporation ne pouvant supporter les militaires...

La liste serait longue à énumérer des suicides d'enfant ou d'adolescent périodiquement signalés par la grande presse, suicide dont la motivation apparaît le plus souvent futile à des adultes mûrs.

Ces motivations suicidaires ne sont en fait que futiles d'apparence et cachent une perturbation très profonde de la personnalité ; il est toujours grave pour les parents ou les médecins de ne pas essayer d'explorer plus en profondeur la psychologie de ces jeunes malades dont le geste de désespoir râté apparaît toujours ridicule et disproportionné par rapport à l'officielle motivation.

Un tel geste témoigne pratiquement toujours d'une faiblesse pathologique du moi. Ces sujets incapables de faire face aux situations les plus banales mais aussi pour eux les plus contrariantes réagissent par cette fuite absolue devant la vie qu'est le suicide, c'est la réaction la plus primitive, la plus instinctuelle devant le désarroi causé

par l'évènement. D'autres, donneront une tentative d'explication a leur geste et se réfugieront derrière de faux semblants tels que la mésentente avec les parents qui sont d'une autre génération, l'incapacité à faire des études sélectives qui leur interdisent leur épanouissement, le rejet en bloc de la société qu'ils n'hésiteront pas à vouloir changer, tant est grande leur incapacité à s'adapter du fait de leur coupure du monde extérieur. Ce monde extérieur est vécu comme hostile, les sujets se replient sur eux-mêmes et leur malaise interne a tendance à se soulager dans l'hétéroagressivité ou à défaut dans l'autoagressivité et celà d'autant plus que la période qu'ils vivent est socialement moins agitée (absence de guerre où les sujets peuvent trouver des motifs idéalistes à se faire tuer ou de révolution où le passage à l'action les libère pour un temps de leur angoisse vitale).

En d'autres termes, la tentative de suicide ou le suicide d'un adolescent ou à plus forte raison d'un enfant a toujours pour nous une profonde signification et doit faire rechercher systématiquement la perturbation psychique sous-jacente pour y opposer une thérapeutique adéquate. Jamais de tels gestes ne doivent être pris à la légère. Nous allons pour notre part jusqu'à douter de la proportion habituellement donnée de suicides chez les adolescents normaux. Nous pensons que le suicide ou la tentative de suicide pouvant être inaugural de la psychose bien souvent le diagnostic n'est pas porté et le suicide est considéré comme surprenant chez un sujet normal.

En tout cas, sur 174 schizophrènes suivis par le service du Professeur NICK à l'Hôpital Tenon nous avons observé 67 cas ayant présenté au minimum une tentative de suicide ; le chiffre de 38 % de suicidants chez les schizophrènes est ainsi obtenu, chiffre qui dépasse largement celui des statistiques habituelles (7 % - 10 %).

Nous pensons trouver à ceci diverses raisons :

Le service du Professeur NICK est un service d'urgence qui pendant longtemps recueillit toutes les tentatives de suicide de l'Hôpital qui est un Hôpital général couvrant une très importante circonscription.

Ce service n'est pas un service de chronique et la rotation des malades y est considérable.

Ce service n'est pas spécialisé dans les intoxications médicamenteuses et les suicidants qui y arrivent ne sont donc pas sélectionnés : y sont reçus les intoxiqués mais aussi les asphyxies au gaz, les pendaisons, les noyades, et après leur passage en chirurgie les défénestrations, les phlébotomies, les tentatives de suicide par armes à feu.

Ceci nous semble capital car l'on peut dire que les suicides actifs, y compris le suicide par l'oxyde de carbone considéré comme passif, ne sont que rarement des suicides névrotiques.

Ces suicides actifs, contrairement à ce qui a été observé dans une population générale, sont volontiers répétitifs chez le schizophrène et ceci apparaît à nos yeux comme un élément de grande valeur dans le diagnostic de psychose.

oOo

I - ETUDE STATISTIQUE :

1 - Proportion de malades ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide dans une population de schizophrènes :

Nous avons étudié 174 observations de schizophrènes qui ont été traités à l'Hôpital TENON dans le Service du Professeur NICK entre 1960 et 1970.

Parmi ces 174 malades, 67 ont fait au moins une tentative de suicide dans leur vie. Nous obtenons donc le chiffre de 38 % de suicidants chez nos schizophrènes. Le nombre de malades chez qui le diagnostic de schizophrénie n'a pu être porté avec certitude étant proportionnellement à peu près le même chez les suicidants et les non-suicidants, il ne modifie pas notre pourcentage.

Cette proportion de 38 % est nettement plus élevée que celle donnée habituellement par les statistiques ;

En effet, d'après une statistique faite par DESHAIES (n°20) sur les malades de SAINT-ANNE entre 1922 et 1940, le pourcentage des schizophrènes qui attentaient à leurs jours était de 7 % et la propension au suicide (désir de se suicider) était de 6 %.

Pour Mademoiselle COR (travaux faits en 1956), 10 % de schizophrènes faisaient des tentatives de suicide et 2 % arrivaient à leurs fins.

Dans notre étude, il ne nous est malheureusement pas possible de donner le pourcentage de suicides réussis car à moins que le suicide n'ait lieu à l'hôpital, le service de psychiatrie a rarement des nouvelles d'un malade qui a réussi sa tentative. Par conséquent, l'on comprendra que le chiffre de 1 suicide réussi que nous avons parmi nos 74 suicidaires n'ait aucune signification ; il s'agit d'une jeune fille qui s'est donnée la mort à l'hôpital en se précipitant du 3ème étage dans la cage d'escalier.

Le taux des tentatives de suicide chez les schizophrènes serait donc en nette augmentation du moins apparente.

Pour Mademoiselle LEMPERIERE (N° 49) (1966), cet accroissement serait une conséquence de l'emploi des nouvelles thérapeutiques chimiques. En effet, celles-ci changent la physionomie évolutive de la maladie en retardant ou en empêchant son passage à la chronicité et la psychose évolue actuellement le plus souvent par poussées avec des rémissions mais aussi des rechutes au cours desquelles le risque suicidaire augmente. Nous voyons aussi de plus en plus souvent le suicide dit de "situation", lorsque le malade, peu dissocié, grâce au traitement, peut prendre conscience de la morbidité de son état. Cette augmentation du taux de tentatives de suicides chez les schizophrènes peut aussi être en partie seulement apparente et due à un diagnostic plus précoce et à une meilleure connaissance de la maladie.

De plus, il est fort probable que l'augmentation de la fréquence des tentatives de suicide dans la population de schizophrènes corresponde au développement de la tendance suicidaire dans la population générale. En effet, BLANC et coll. (n° 10), notre éthique est un élément nouveau qui encourage les tendances au suicide ou qui, du moins, supprime les impératifs qui, il n'y a pas longtemps, attribuaient au suicide une responsabilité morale et même pénale ; le suicide est actuellement considéré comme une maladie, il est donc légitime et même pitoyable. Les moyens de communication propres à notre société moderne encouragent la banalisation du suicide et l'entraînement. Comme le soulignent d'ailleurs MOURENS et Coll. (N° 59), la notion de mort pour les suicidants est souvent très floue, apparentée à une sorte de sommeil et de halte plus ou moins provisoire. C'est ainsi que le passage de la vie à la mort par l'intermédiaire des barbituriques paraît pouvoir se faire en toute facilité.

2 - Proportion de schizophrènes parmi les suicidants :

Toutes les tentatives de suicide admises à l'hôpital TENON n'ayant pas un dossier dans le service de psychiatrie, nous n'avons pas de statistique valable sur ce point.

Pour de nombreux auteurs (travaux de Ringel, Robins, Stengel, et Loock) les psychoses schizophréniques seraient à l'origine de 2 à 4 % de la totalité des suicides mais comme le souligne Mademoiselle LEMPERIERE cette proportion serait beaucoup plus élevée pour les adolescents et l'adulte jeune (n° 49).

3 - Tentative de suicide chez le schizophrène en fonction du sexe et de l'âge :

Toutes les études statistiques faites dans la population générale concordent pour attribuer au sexe féminin le plus grand nombre de tentatives de suicide (environ deux femmes pour un homme), et au sexe masculin le plus grand nombre de suicides effectifs (trois hommes pour une femme). Les femmes choisissent plus volontiers l'empoisonnement que les moyens auto-agressifs violants, or à l'heure actuelle dans un grand centre de toxicologie comme celui de Fernand Vidal, on ne note que 5 % de décès par empoisonnement. Ceci peut expliquer que peu de suicidantes arrivent à leurs fins.

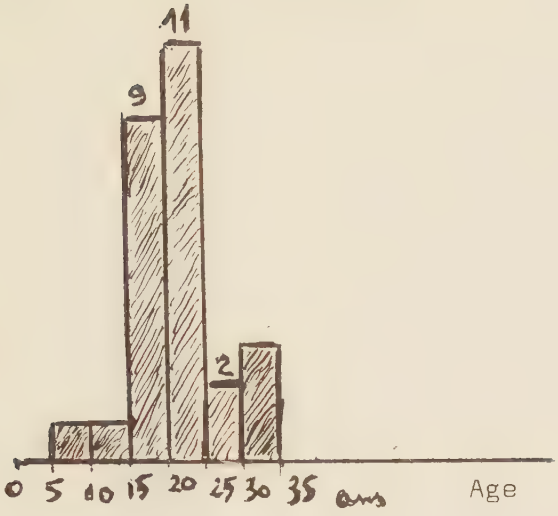
Contrairement aux proportions établies dans la population générale, le pourcentage d'hommes et de femmes qui ont fait des tentatives de suicide dans notre population de schizophrènes est sensiblement le même ; en effet, nous avons dans notre groupe 92 filles et 82 garçons, 34 filles et 33 garçons on fait au moins une tentative de suicide dans leur vie soit 36 % des femmes et 40 % des hommes.

Ces chiffres sont sûrement au-dessous de la réalité car les tentatives sont encore souvent dissimulées par le malade et sa famille. D'autre part, de nouveaux malades ont pu faire une tentative depuis leur passage dans le service.

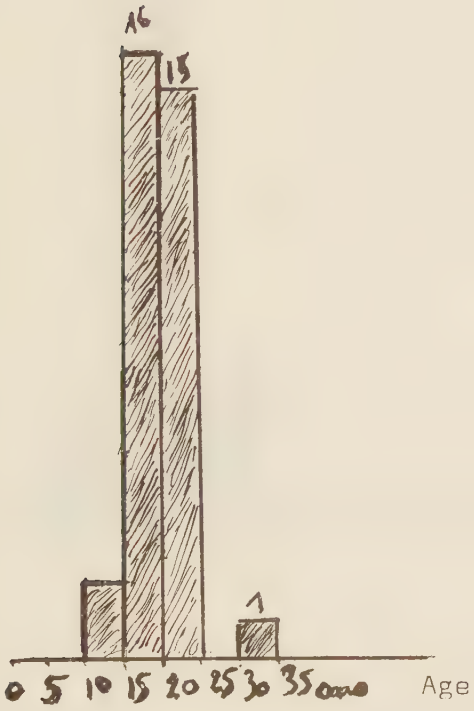
Mais nous pouvons en déduire que parmi les schizophrènes, autant d'hommes que de femmes font des tentatives de suicide.

Nous avons étudié dans trois diagrammes, un pour le sexe masculin, un pour le sexe féminim, un pour l'ensemble de nos schizophrènes suicidants, l'âge de nos suicidants lors de leur première tentative.

Age de la première tentative de suicide .

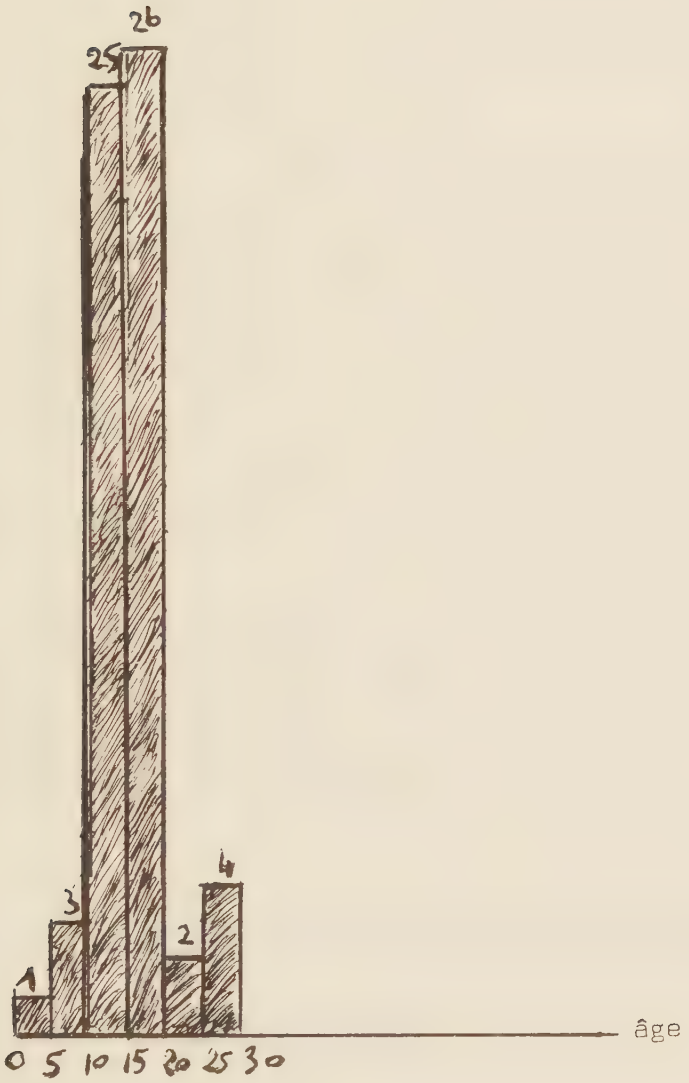


1 - chez les hommes
(groupe de 27 hommes)



2 - Chez les femmes
(groupe de 34 femmes)

Age de la première tentative de suicide dans un groupe de 61 schizophrène suicidants, hommes et femmes . 7 ter



Nous pouvons constater que la répartition des tentatives de suicide selon l'âge est approximativement la même chez les hommes et chez les femmes. Nous avons un maximum entre 15 et 25 ans.

C'est d'ailleurs dans cette tranche d'âge que se situe le plus souvent le début de la psychose schizophrénique. Or, comme nous le verrons plus loin, la première tentative de suicide survient dans une grande majorité de cas au tout début de la maladie, par conséquent il est logique de trouver un maximum de premières tentatives (85 % environ) entre 15 et 25 ans.

Nous constatons par ailleurs que toutes les premières tentatives de suicide, tant chez les hommes que chez les femmes, ont eu lieu avant 35 ans. Lorsque l'on considère les tentatives ultérieures chez les récidivistes, nous n'en avons pas, non plus, au delà de 35 ans. Par conséquant la tentative de suicide du schizophrène est une tentative du sujet jeune.

Avant 15 ans, les tentatives sont rares (6 % dans notre groupe) soit chez 2 garçons et 2 filles;

L'un des garçons avait 8 ans lorsqu'il a fait sa première tentative à la suite d'une dispute avec ses parents. Il a fait sa deuxième tentative vers l'âge de 25 ans et par la suite a récidivé en de multiples occasions, le mobile de ces récidives étant généralement toujours une dispute,mais,conjugale.

II - MODALITES DES SUICIDES ET CIRCONSTANCES

1 - Modes de suicide :

Nous connaissons le procédé choisi par le ou la malade pour mettre fin à ses jours dans 110 tentatives de suicide.

Nous diviserons ces procédés en deux grands groupes :

- d'une part, les procédés que nous qualifierons "d'actifs" ou de "violents" qui demandent de la part du suicidant une action définie

et directement offensante telle qu'une pendaison, un coup de révolver, de couteau, une noyade, une défenestration, etc...

- d'autre part, les procédés que nous qualifierons de "passifs" ou de "doux" qui ne demandent pas une action directe et mutilante au suicidant sur sa personne, par exemple : asphyxie, par le gaz, empoisennement, etc...

Nous avons reporté les modes de suicides dans 4 tableaux :

- dans les tableaux 1 et 2, nous avons noté le nombre de tentatives dans chaque sexe et globale par les différentes méthodes.

- dans les tableaux 3 et 4, nous avons noté le nombre de malades (hommes tableau 3, femmes tableau 4) qui ont employé les différentes méthodes.

Les tableaux 1 et 2 nous permettent de constater que sur un nombre total de 110 tentatives de suicide, nous en avons :

- 39 par moyens violents : phlébotomies, autre blessures par armes blanches, et armes à feu, précipitation, écrasement, noyade, strangulation.

- 71 par moyens dits doux : intoxications médicamenteuses par l'oxyde de carbone.

En conséquence, il y a environ 2 tentatives de suicide par un mode passif ; intoxication le plus souvent médicamenteuse pour une tentative par un mode violent.

Lorsque nous considérons le mode de suicide en fonction du sexe, nous avons :

a - Chez les hommes. Au total, 49 tentatives dont 17 par procédé actif et 32 par procédé passif.

b - Chez les femmes. Au total, 61 tentatives dont 22 par procédé actif, 39 par procédé passif.

SUR 110 T.S.

TABLEAU n° 1

PROCEDES DE SUICIDE ACTIFS								
- ARMES BLANCHES -				Armes à feu	Précipitations	Ecrasement	Noyade	Strangulation
Nbre de T. S.	Phlébotomies isolées	Phlébotomies comb. à une intoxication	Autres blessures					
M	8	0	4	1	4	0	0	1
F	5	2	0	0	8	2	2	3
	13	2	4	1	12	2	2	4
Nota : chez un homme, strangulation + phlébotomie au cours de la même T.S.								

TABLEAU n° 2

PROCEDES DE SUICIDE PASSIFS				
- INTOXICATIONS ORALES -			- ASPHYXIE PAR LE C.O. -	
Nbre de T.S.	Médicaments	Substances diverses	Pure	Combinée à une intoxication médicamenteuse
M	27	2	2	1
F	32	3	2	2
	59	5	4	3

AU TOTAL, il y a 28 garçons (soit 61 malades chez qui les modes de suicide sont connus
et 33 filles (

PROCEDES DE SUICIDE ACTIFS

Nbre de malades ayant employé au moins un de ces procédés	ARMES BLANCHES			Armes à feu	Précipitations	Ecrasement	Noyade	Strangulation
	Phlébotomies isolées	Phlébotomies + intoxic.	Autres blessures					
11 M	8	0	1	1	4	0	0	1
12 F	5	2	0	0	5	2	2	1

TABLEAU n° 3

PROCEDES DE SUICIDE PASSIFS

Nbre de malades ayant employé au moins un de ces procédés	- INTOXICATIONS ORALES -		- ASPHYXIE PAR LE C.O. -	
	Médicaments	Substances diverses	Pure	Combinée à une intoxication médicamenteuse
18 M	16	2	2	1
28 F	25	2	2	2

TABLEAU n° 4

La proportion de tentatives par procédés actifs et passifs est donc sensiblement la même chez les hommes et chez les femmes. On peut donc considérer que parmi nos 110 tentatives d'autolyse, les 2/3 sont faites par des procédés passifs et que le 1/3 restant est exécuté par des procédés actifs tant chez les hommes que chez les femmes.

Considérons maintenant les tableaux 3 et 4 où nous avons consigné le nombre de malades des deux sexes ayant employé au moins une fois les différentes méthodes de suicide.

Nous constatons que :

- 11 garçons sur 28 ont employé au moins une fois un mode de suicide violent soit 45 %.

- 19 garçons sur 28 ont employé au moins une fois un procédé passif, soit 67 %.

- 12 filles sur 33 ont employé au moins une fois un procédé violent, soit 36 %.

- 28 filles sur 33 ont employé au moins une fois un procédé passif soit 84 %.

En conclusion, la majorité de nos malades dans les deux sexes ont préféré attenter à leur jours par intoxication le plus souvent médicamenteuse mais il y a tout de même une nette prédominance dans le sexe féminin ; en effet, environ 4 femmes pour 3 hommes ont choisi au moins une fois l'intoxication.

Puisque la proportion de tentatives dites passives par rapport aux tentatives dites violentes est à peu près la même chez les garçons et chez les filles alors qu'il y a seulement 3 hommes pour 4 femmes qui ont choisi au moins une fois un moyen passif, nous pouvons déduire que dans notre groupe, les hommes qui ont attenté à leurs jours par intoxication ont récidivé par ce moyen plus souvent que les femmes.

Dans leurs statistiques faites à Fernand Vidal en 1962 sur un groupe de 600 adolescents dont la majorité avait entre 16 et 21 ans (donc comparable au nôtre par l'âge), GORCEIX et ZIMBACCA N°31, ontnoté une très large prépondérance féminine ; les 3/4 de leurs empoisonnés volontaires sont des femmes. Dans notre groupe de schizophrènes, la prépondérance féminine est nettement moins importante.

Considérons maintenant plus en détail les différents modes de suicide.

Parmi les procédés passifs, nous remarquons la nette préférence de nos malades pour les intoxications médicamenteuses; 17 garçons (sur 28) ont fait 28 T.S. par prise de médicaments. Dans 3 cas (chez un homme et deux femmes) cette absorption médicamenteuse a été combinée à une intoxication par l'oxyde de carbone.

Les médicaments employés par nos malades sont généralement :

- des hypnotiques,
- des tranquillisants
- des neuroleptiques chez ceux qui sont traités pour leur psychose.
- l'aspirine et l'aspro sont assez souvent employés surtout chez les très jeunes en raison de leur présence quasi-constante dans la pharmacie familiale.
- nous avons deux cas d'intoxication par la nautamine.

Les médicaments sont pris isolés ou en association surtout en ce qui concerne les neuroleptiques, il est fréquent que le malade absorbe alors tous les médicaments de son traitement.

Le nombre de comprimés absorbés semble n'avoir aucun rapport avec la sincérité du suicidant ; ainsi une jeune fille de 16 ans prend 5 comprimés de Plexonal puis, certaine de mourir et affolée par son geste, va prévenir ses voisins ...

Comme l'écrivent CORCEIX et ZIMBACCA (n° 31), si le suicide par empoisonnement chez l'adolescent est fréquent, et si paradoxalement, la mort est rare, il ne s'agit nullement de mauvaise foi chez celui-ci "s'il survit, ce n'est pas lui qui ment, c'est le poison ".

Mode de suicide et récidive :

Nous avons comparé les modes de suicide lors de leur première tentative chez les récidivistes et lors de leur unique tentative chez les non récidivistes dans le tableau 5 :

TABLEAU 5

		Moyens actifs ou violents	Moyens passifs ou doux
Non eécidivistes	15 M	5	10
	17 F	3	14
	32 M et F	8	24
Première T.S. chez les récidivistes	9 M	4	5
	15 F	5	10
	24 M et F	9	15

Ce tableau nous permet de constater que la proportion de suicidés "actifs" est plus élevée chez les récidivistes que chez les non récidivistes. Ainsi, plus de la moitié des malades récidivistes ont employé un moyen dit "violent" lors de leur première tentative tandis que 1/3 seulement des malades non récidivistes ont employé ce genre de procédé. Cette différence est d'autant plus significative que dans l'échantillon des récidivistes il y a plus de femmes que d'hommes et nous avons vu plus haut que celles-ci étaient moins attirées par les procédés violents que les hommes.

En conséquence, nous pouvons déduire de ces chiffres qu'il y a peut être une plus grande propension à la récidive suicidaire chez les schizophrènes qui font leur première tentative par un moyen violent tel qu'une précipitation, une blessure, une strangulation, etc... que chez ceux qui font leur première tentative par intoxication.

Est-ce que les récidivistes varient leur mode de suicide ?

Nous avons essayé de répondre à cette question dans le tableau 6. Dans ce tableau nous avons noté les différents modes de suicide de 26 récidivistes (soit de 14 femmes et de 12 hommes). Tous les modes de suicides n'étant pas notés dans toutes les observations, nous n'avons malheureusement pas pu avoir un échantillon plus important.

TABLEAU 6

	Malades alternant les moyens passifs et actifs	Malades utilisant seulement des moyens passifs	Malades utilisant seulement des moyens actifs
12 M	6	5	1
14 F	9	4	1
26 M et F	15	9	2

Nous voyons que la majorité de nos malades varient leur mode de suicide ; 15 sur 26, soit 60 %.

Si parmi ceux qui ne le varient pas, un certain nombre (1/3 de la totalité) se limite aux moyens passifs, très peu de malades 2 sur 16 se limitent aux moyens violents.

Nous avons résumé ci-dessous quelques observations qui concrétiseront un peu ces différents modes de suicides.

- OBSERVATION n° 38 :

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans 1/2 (la seule de notre groupe qui ait fait appel uniquement à des moyens violents) qui, lors de sa première tentative a sauté de son lit ; cette chute a nécessité une arthrodèse de la cheville. Un mois plus tard; cette même malade a fait une tentative par phlébotomie. Elle est actuellement traitée depuis cinq ans et n'a pas fait de nouvelle tentative.

- OBSERVATION n° 46 :

Monsieur M... a fait sa première tentative à l'âge de 16 ans. Il avait l'intention de se tuer mais surtout de se mutiler. Dans ce but, il se blesse en plusieurs endroits; thorax et avant-bras avec une lame de rasoir;
Trois ans après, Monsieur M... refait une tentative identique, il est hospitalisé et au cours de son hospitalisation se taille profondément l'avant-bras droit avec un couteau. Il est suturé, quelques jours plus tard, le malade fait sauter ses points et réouvre sa plaie. Ce malade est le seul parmi notre groupe de récidivistes males à n'avoir employé que des moyens violents pour attenter à ses jours.

Nous avons ci-dessous résumé les observations de nos deux plus grands récidivistes qui, eux, affectionnent tout particulièrement les comprimés.

- OBSERVATION n° 44 :

Monsieur N... est un malade débile léger traité pour schizophrénie depuis l'âge de 24 ans, il est actuellement âgé de 34 ans.
Monsieur N... a fait sa première tentative à l'âge de 8 ans à la suite d'une dispute avec ses parents. Le mode de cette T.S. n'est pas précisé dans l'observation.
Le malade garde un mauvais souvenir de son enfance ; il était le huitième dans une fratrie de neuf, le père était ouvrier agricole et traitait ses enfants assez durement.
Monsieur N... est réformé pour troubles psychiatriques au service militaire. Avant son service, il n'avait jamais été traité.
Il se marie à l'âge de 22 ans avec une femme de 16 ans 1/2,enceinte. Il divorce un an après. Deux tentatives de suicide en Janvier et Juillet 62 par des comprimés de Librium font suit à ce divorce.
Monsieur N... se remarie peu après avec une femme mère - célibataire. Le ménage ne s'entend pas très bien, essentiellement à cause des enfants et, fréquemment, à la suite des disputes conjugales, Monsieur N... fait une tentative de suicide. Entre 65 et 70 Monsieur N... fait 4 tentatives par des comprimés et une fois il reste, dans le but de mourir, 4 à 5 jours sans manger.

Les médicaments employés par Monsieur N... sont du Valium, Moditen et du Largactil, il en prend une assez grande quantité lors de chacune de ses tentatives.

- OBSERVATION n° 3 :

Mademoiselle B... âgée de 19 ans a fait 13 tentatives de suicide au cours de la même année.
Cette jeune fille fait partie d'une fratrie de 5, elle est la deuxième. Son frère aîné et sa soeur cadette ont poursuivi des études supérieures tandis qu'elle n'a plus avoir que le C.E.P. et est vendeuse dans une parfumerie. Par ces T.S. répétées, la jeune fille cherche essentiellement à attirer l'attention sur elle. Les motifs invoqués sont généralement des déceptions sentimentales ou des disputes avec la mère qui est assez stricte.

La première fois la malade attente à ses jours par phlébotomie, chez elle, dans la salle de bains.
Lors de sa deuxième tentative, Melle B... avale des tessons de bouteille. Cette tentative a été précédée d'une fausse couche provoquée.
Lors de sa quatrième tentative, Melle B... prend du Gardénal.
Lors de sa cinquième tentative, Melle B... absorbe du savon liquide dans les toilettes d'un café à la suite d'une dispute téléphonique avec sa mère.
Lors de ses huits tentatives suivantes, Melle B... a pris des comprimés : barbituriques, aspirine. L'une de ces tentatives a eu lieu dans le métro.

2 - Circonstances des tentatives :

a - Lieu :

Le plus souvent le malade fait sa tentative chez lui, surtout quand il s'agit de médicaments, quelquefois les parents sont dans la pièce à côté. Nous notons cependant dans quelques cas des absorptions massives de comprimés dans les lieux les plus divers ; métro, rue, toilettes de café, voiture.

Lorsque le malade se mutile c'est aussi le plus souvent chez lui.

Certaines tentatives ont lieu à l'hôpital malgré les précautions prises ; sauts du lit, essai de strangulation avec le drap ou une serviette. Il s'agit le plus souvent alors de malades délirants.

b - La tentative est-elle préparée ?

Nous répondrons à cette question par la négative. Il s'agit le plus souvent d'un raptus anxieux qui pousse le malade à se jeter sous un véhicule ou à se précipiter d'une fenêtre.

La prise de médicaments est, elle aussi, très impulsive, le malade absorbe ce qu'il a sous la main sans tenir compte de la toxicité du produit. Nous avons par exemple une jeune fille de 16 ans qui prend de

la Nautamine après avoir regardé la télévision,ses parents étant dans la pièce voisine. Une autre prend également de la Nautamine mais après avoir fait sa vaiselle.

La plupart du temps d'ailleurs nos adolescents sont effrayés par leur geste et vont prévenir une personne de l'entourage; les parents, la bonne, les voisins.

3 - Suicide de groupe :

Ils sont peu fréquents chez nos schizophrènes.

Deux de nos malades, cependant ont voulu entraîner dans la mort un être cher.

- une jeune femme de 24 ans, lors de sa première poussée dissociative, et en plein délire, a tenté de se jeter dans le métro avec son bébé dans les bras.

- un jeune homme de 21 ans prend des comprimés et en donne à son chien pour ne pas le laisser à la charge de sa femme.

Une tentative de suicide collective paraissant particulièrement étrange a été faite par un de nos jeunes malades. Il s'agit d'un jeune homme homosexuel qui a avalé des comprimés, alors qu'il se trouvait chez son ami, en compagnie d'une femme de 70 ans tous les deux couchés en s lip dans le même lit.

III - MOTIVATIONS SUICIDAIRES

Celles-ci ne sont malheureusement pas toujours mentionnées dans les observations. La notation des mobiles qui ont poussé nos schizophrènes à l'acte auto-agressif qu'est le suicide pose souvent de grosses difficultés;

En effet, bien souvent, le malade lui même est incapable de les préciser, il reste flou, imprécis, se dit "déçu par la vie".

Bien souvent, les motifs invoqués varient d'un jour à l'autre.

D'autres fois, l'observateur a l'impression que le malade s'invente une raison pour se justifier à ses propres yeux et aux yeux de son entourage. Il semble découvrir ses motivations à postériori.

Il est d'autre part fréquent que les mobiles invoqués paraissent trop futiles à l'observateur pour être jugés dignes d'intérêt et donc pour être notés. Effectivement, la gravité de l'acte qu'est le suicide paraît très souvent disproportionnée par rapport à la cause. Ce fait est d'une part dû à la psychose, mais aussi dû à ce que le malade étant le plus souvent très jeune a une échelle de valeur différente de la nôtre.

Les quelques exemples cités ci-dessous nous donneront une idée de la futilité apparente de ces motifs :

- une jeune malade de 16 ans avale des comprimés dans le but d'en finir parce qu'elle s'est achetée un pull-over trop petit et que sa mère lui a fait une remontrance à ce sujet.

- Mademoiselle B... âgée de 15 ans, qui fait cinq tentatives de suicide en quelques mois, répétait avec obstination qu'elle voulait mourir parce qu'elle était "trop grosse et mauvaise en mathématiques".

L'attitude souvent paradoxale de nos malades devant leur geste est un autre élément entrant en jeu dans l'appréciation de leurs motivations. Il y a bien entendu comme chez tous les suicidés rescapés,

- ceux qui regrettent d'avoir échoué,

- ceux qui pensent que leur geste a été idiot, qui en ont honte et qui cherchent à la minimiser.

Mais dans notre groupe de schizophrènes, il y a aussi et cela est assez fréquent; les indifférents, ils semblent avoir oublié

leur geste ou en parlent avec détachement comme s'ils n'étaient pas concernés. Ainsi une jeune fille, fille unique, très choyée par ses parents, parlait en riant de ses tentatives de suicide (défenestration, strangulation) et leur reprochait de ne pas être plus gais alors que ceux-ci vivaient dans la terreur de la perdre.

Nous avons étudié dans notre groupe :

1 - Les motivations suicidaires lors de la première tentative chez 20 garçons et 25 filles soit 45 malades (tableau 7).

2 - Les motivations suicidaires chez les récidivistes au cours de leurs récidives (tableau 8, les dates des suicides et leur mode sont également notés).

1 - Motivations suicidaires lors de la première tentative :

Nous remarquons une nette prédominance.

a - des motivations "multiples, floues et variables"

b - des "états dépressifs".

Essayons de préciser ce que nous entendons par ces termes.

a - Sous la première rubrique, nous avons classé les malades invoquant plusieurs motifs. Il s'agit souvent d'adolescents ayant un conflit de génération avec leurs parents.

* quelques difficultés scolaires apparues récemment en rapport avec la psychose débutante,

* une petite déception sentimentale intervient souvent dans les jours précédents.

* ils se disent déçus par leurs amis et souvent par la vie en général.

Il suffit alors d'une remontrance des parents ou d'une dispute avec l'ami ou l'amie pour déclencher le geste (nous avons 5 tentatives d'autolyse qui ont été déclenchées par des disputes familiales).

TABLEAU 7

Motivations suicidaires lors de la première T.S.	20 M	25 F	Nombre de malades 45
Multiples, floues, et variables	6	4	10
Etats dépressifs	5	6	11
Mésentente avec les parents	1	2	3
Mésentente conjugale	0	2	2
Déception sentimentale	2	4	6
Préoccupations narcissiques	1	1	2
Suicide déclenché par une dispute	1	4	5
Décès - Dépression réactionnelle	0	2	2
Motif d'ordre caractériel	2	0	2
Tentative au cours d'un délire	3	4	7

b - Sous la rubrique "états dépressifs", nous avons classé les sujets présentant une athymhormie, un désintéressement de la vie en général, une tristesse profonde, des crises de larmes, sans qu'il y ait de cause précise expliquant cet état. A l'origine de cette "dépression atypique" on retrouve souvent une diminution du rendement scolaire chez des sujets ayant eu de bons résultats jusque là, cela ayant souvent entraîné un conflit avec les parents. Chez les sujets exerçant une profession, le point de départ d'un état dépressif atypique peut être la baisse du rendement dans leur travail et les ennuis avec leurs supérieurs qui en découlent. Chez ces sujets, nous avons aussi quelques cas d'installation d'un état dépressif après une transplantation.

Etudions maintenant les motivations suicidaires qui semblent uniques ou du moins plus précises toujours dans le tableau 7 :

- le motif seul "mésentente avec les parents" n'est mentionné que trois fois mais nous avons vu qu'il entre souvent en jeu associé aux deux étiologies précédentes.

- la mésentente conjugale n'intervient que rarement car lors de leur première T.S. nos malades sont jeunes et le plus souvent célibataires.

- la déception sentimentale seule est assez souvent invoquée mais bien souvent elle est due à l'ambivalence du malade qui a interrompu lui-même les relations.

- la dépression réactionnelle à un deuil est peu fréquente chez nos malades.

- Dans la rubrique "motif d'ordre caractériel", nous avons inclus :

  * un jeune garçon de 13 ans qui a tenté de se jeter par la portière d'un train car il ne voulait pas retourner en pension.

* et un jeune homosexuel qui s'est phlébotomisé car il voulait une opération de changement de sexe et que celle-ci lui était refusée.

- Les suicides au cours d'expériences délirantes sont relativement fréquents (7 malades sur 45 soit 1/5).

Nous avons en nombre à peu près égal ; des malades qui font leur tentative au cours d'un délire de persécution las d'être poursuivis et de lutter contre leurs persécuteurs, et ceux qui obéissent à des voix leur commandant de se supprimer. Un jeune homme a fait une tentative car une voix lui avait dit qu'il était nuisible et devait disparaître.

De nombreux auteurs (J. ASCHER et coll.) (n° 2) (M. BASQUIN) (n° 5) s'accordent sur la fréquence des suicides du schizophrène délirant. Pour BASQUIN (1936) dans les états délirants la schizophrénie serait la cause la plus fréquente des suicides, le geste autolytique, s'inscrivant alors normalement dans le cadre des conceptions délirantes habituelles de cet état morbide.

2 - Les motivations suicidaires lors des récidives (Tableau 8)

Ce tableau nous permet de constater qu'il y a deux sortes de récidivistes :

a - d'une part, ceux qui font une série de tentatives rapprochées dans le temps au début de leur maladie et qui n'en font plus par la suite.

b - Ceux qui font des tentatives régulièrement espacées depuis le début de leur maladie ou qui ont commencé à en faire alors qu'ils présentaient des troubles depuis un certain temps.

Dans le premier groupe, qui est numériquement le plus important, si les motifs apparents varient quelquefois, par exemple de la dé-

ception sentimentale à la dispute avec un membre de la famille, la thymie du malade est souvent restée la même depuis la première tentative. Il s'agit souvent d'un état dépressif atypique qui, le diagnostic n'ayant pas été fait, n'a pas reçu la thérapeutique adéquate. Lorsqu'il est traité, le malade ne se suicide plus.

C'est dans le deuxième groupe, celui des récidivistes à long terme que nous avons ces suicides de situation dont parlent T. LEMPERIERE et A. des LAURIERS (n° 49) "Ce suicide s'observe chez les sujets peu dissociés une fois passée la période aiguë de la maladie. Les difficultés de la réadaptation à une vie normale, l'échec des aspirations professionnelles, les traumatismes affectifs, l'isolement social, sont autant de facteurs qui peuvent expliquer le geste de ces malades ".

Les observations ci-dessous illustrent les lignes précédentes.

- OBSERVATION n° 44 :

Monsieur M... schizophrène depuis plusieurs années fait régulièrement des tentatives de suicide. Il est marié, se dispute fréquemment avec sa femme, d'une part à cause de leurs enfants (deux lits différents), et d'autre part, car Monsieur M... ne peut assurer un travail suivi. Ce sont les reproches de sa femme qui le plus souvent déclenchent les tentatives de Monsieur M...

- OBSERVATION n° 53 :

Il s'agit d'une jeune femme ayant présenté ses premiers troubles il y a plusieurs années qui a une intelligence médiocre, n'a aucune instruction, pas de métier et est assez bien de sa personne. La seule activité qu'elle puisse exercer avec régularité est de faire le trottoir, c'est son premier mari qui l'a lancée dans cette voie, depuis elle a eu plusieurs souteneurs. Elle fait régulièrement des états dépressifs lorsque des

TABLEAU 8

	DATE ET NOMBRE DES T.S.	MOTIFS DES T.S.	MODES DES T.S.
N° 3 F	13 T.S. dans la même année. Première à 20 ans en 67.	Déceptions sentimentales ou disputes avec la mère lors de ses T.S. essentiellement comportement d'abandon. Cherche à attirer l'attention.	1 - Phlébotomie 2 - Barbituriques 3 - Tessons de bouteilles 4 - Barbituriques 5 - Savon liquide 6 à 13 comprimés.
N° 6 F	Première T.S. en février 66 ; 18 ans	1 - Délire ; acte commandé, car ne peut plus travailler 2 - déclenchée par dispute avec sa mère à la suite de l'achat d'un chandail trop petit	1 - Comprimés + phlébotomie pour souffrir 2 - Comprimés
N° 7 M	Première T.S. en 62 à 21 ans Deuxième T.S. en 66	1 - A la sensation de devenir "fou" 2 - Après 3 ans d'analyse se sent de moins en moins bien	1 - Comprimés, en donne une part à son chien 2 - Comprimés (Valium) et Théralène
N° 8 F	5 T.S. en quelques mois (68 - 69) à l'âge de 15 ans	Se trouve trop grosse, laide et est mauvaise en mathématiques	1 - Comprimés (Valium) 2 - Essai de strangulation à l'hôpital avec une serviette 3 - Essai de défenestration 4 - Strangulation 5 - Essai de pendaison à son lit

TABLEAU 8 (suite)

	DATE ET NOMBRE DES T.S.	MOTIFS DES T.S.	MODES DES T.S.
N° 19 F	1ère T.S. en novembre 66 à 15 ans 1/2	1 - Motivations multiples : mauvaise entente avec sa mère, ses amis, ses professeurs, déception sentimentale, état dépressif 2 - Ne peut donner de motif	1 - Comprimés (Plexonal) 2 - Nozinan + Valium et essai d'asphyxie au CO
N° 20 F	1ère T.S. en 64 à 15 ans 2 et 3 entre novembre 67 et janvier 68	1 - Motif non noté 2 - Etat dépressif 3 - Se trouvait alors en sanatorium	1 - inconnu 2 - Phlébotomie 3 - Médicaments
N° 25 M	1ère T.S. à 20 ans au service militaire en 63 2ème T.S. à son retour 3ème T.S. en juillet 63 4ème T.S. en juin 70	1 - motif inconnu 2 - Sent sa vie "brisée", échec de réinsertion professionnelle 3 - Motif inconnu 4 - Etat d'excitation délirante	1 - Au cours d'un épisode d'éthylisme aigu, essai de défenestration 2 - Dans une chambre d'hôtel, Nozinan 3 - Comprimés (Mogadon) 4 - Phlébotomie puis essai de pendaison
N° 29 M	1ère T.S. à l'âge de 18 ans en décembre 68 2ème T.S. en déc. 68 3ème T.S. en juillet 70	(ne peut donner de motif pour ses deux premières T.S. 3 - Déclenchée par un renvoi scolaire	1 - Médicament (Gardénal) 2 - Médicament (Sédocaréna) 3 - Médicament

TABLEAU 8 (suite)

	DATE ET NOMBRE DES T.S.	MOTIFS DES T.S.	MODES DES T.S.
N° 30 F	1ère T.S. en mars 65 à l'âge de 16 ans 2 - Mai 66 3 - Janvier 67	1 - Etat dépressif. TS déclenchée par une dispute avec les parents 2 - Sans motif 3 - T.S. commandée au cours d'une expérience délirante	1 - 2 - association de plusieurs médicaments 3 -
N° 35 F	1ère T.S. à l'âge de 22 ans en 67 Plusieurs T.S. entre 67 et 68	Les T.S. ont toutes lieu au cours d'un état dépressif	L'une des T.S. est faite au gaz.
N° 39 M	1ère T.S. en septembre 66 a 23 ans 2ème T.S. en mars 67 3ème T.S. en novembre 69	1 - Etat dépressif 2 - Sujet transplanté 3 - Déception sentimentale	1 - Médicaments : Imménoctal + Théralène 2 - Médicaments : Melleril 3 - Médicaments : Imménoctal
N° 41 M	1ère T.S. en janvier 67 à 18 ans 2ème T.S. en septembre 68	1 - Motifs flous, imprécis 2 - Dit avoir échoué en tout	1 - Inconnu 2 - Phlébotomie

TABLEAU 8 (suite)

	DATE ET NOMBRE DES T.S.	MOTIFS DES T.S.	MODES DES T.S.
N° 44 M	1ère T.S. à l'âge de 8 ans 2ème T.S. en 62 à 26 ans et 3ème 4 - en 65 5 - en 66 6 - en 67 7 - Février 69 8 - Décembre 69	1 - Dispute avec ses parents 2 - A la suite de son divorce 3 - 4 - Dispute avec sa nouvelle femme 5 - idem 6 - Etat dépressif car ne peut pas travailler. T.S. déclenchée par dispute conjugale 7 - Disputes conjugales 8 -	1 inconnu 2 - Médicaments (Librium + Barbituriques) 3 - 4 - Médicaments 5 - reste sans manger cinq jours 6 - Médicaments 7 - Médicaments : Largactil 8 - Valium
N° 45 F	1ère T.S. en 63 à 14 ans 2ème - { Août 70 3ème - { 4ème - Octobre 70	1 - Déception sentimentale 2 - Au cours d'expériences déli- 3 - rantes, obéit à des voix qui 4 - lui ordonnent de se punir	1 - Comprimés 2 - Essai de se noyer la tête dans un lavabo 3 - Veut se jeter sous une voiture alors qu'elle se promène avec son mari 4 - Phlébotomie
N° 46 M	1ère T.S. en 63 à 16 ans 2ème en Mai 66 3ème { en mai 66 lors de et { l'hospitalisation 4ème {	1 - variables et floues 2 - Le malade se contredit 3 - Il ne trouve pas la vie agréable 4 - idem	1 - Plaies avec une lame de rasoir 2 - du thorax et de l'avant-bras 3 - Se taillade l'avant-bras droit avec un couteau 4 - Fait sauter ses fils de suture

TABLEAU 8 (suite)

	DATE ET NOMBRE DE T.S.	MOTIFS DES T.S.	MODES DES T.S.
N° 47 F	1ère T.S. en octobre 61 à 24 ans 2ème T.S. en novembre 61 3ème T.S. en 63	1 - Etat dépressif avec idées 2 - d'auto-dépréciation 3 -	1 - Médicaments (Nozinan) 2 - 3 - Gaz + médicament
N° 48 F	1ère en 1960 à 20 ans 2ème en juin 68 3ème en Septembre 68	1 - A la suite de son divorce 2 - Dépression réactionnelle 3 - Au deuil du père	1 - 2 - Médicaments : Elavil 3 - Médicaments : Valium + Supponoctal
N° 53 F	1ère T.S. en 1960 à 19 ans 2ème en 63 3ème en 67 4ème en 69	1 - Dépression réactionnelle à l'accouchement d'un enfant mort-né 2 - Situation sociale déplorable fait le trottoir, se sent traquée. T.S. déclenchée par dispute 3 - A conscience de sa situation se sent incapable de travailler 4 - Idem ; situation sociale et sentimentale déplorables	1 - Inconnu 2 - Prend 20 comprimés de Largactil dans les toilettes d'un café 3 - Médicament (Melleril) 4 - Phlébotomie
N° 55 F	1ère T.S. à 20 ans 3 T.S. entre décembre 66 et mars 67	1 - Déception sentimentale 2 - Se sent abandonnée, sensation d'infériorité dans sa famille. T.S. déclenchées par disputes avec le père	1 - Phlébotomie 2 - Barbituriques 3 - Essai de défenestration

TABLEAU 8 (Suite et fin)

	DATE ET NOMBRE DE T.S.	MOTIFS DES T.S.	MODES DES T.S
N° 57 M	1ère T.S. en 61 à l'âge de 13 ans 2ème en 67 à 19 ans	1 - Ne veut pas retourner en pension 2 - Etat dépressif. Conscient de son état. Ne peut contrôler la violence de son comportement. Insatisfaction professionnelle.	1 - Tente de se jeter par la portière d'un train 2 - Médicaments : Largactil + Valium avait préparé sa T.S.
N° 60 M	1ère T.S. en octobre 64 - 23 ans	1 - Très dépressif 2 - Apragmatique	1 - Phlébotomie 2 - Médicament, Procalmadiol
N° 61 M	1ère T.S. en janvier 69 2ème T.S. un mois après	1 - Etat dépressif 2 - T.S. impulsive au cours d'un raptus anxieux	1 - Médicaments Aspro 2 - Laroxyl
N° 62 F	1ère T.S. en 63 à l'âge de 20 ans 2ème en octobre 69	1 - Motifs multiples : difficultés professionnelles, déceptions d'amitiés, etc... 2 - Etat dépressif	1 - Médicament (Phénergan) 2 - Phlébotomie + Valium et Heptamil
N° 63 M	1 - Mai 69 2 - Le même jour en 3 - décembre 69 4 - En janvier 70 à l'hôpital	1 - Très dépressif et anxieux 2 - Très apragmatique. Ne peut donner 3 - de motif précis 4 - Se droguait, est déprimé depuis la désintoxication	1 - Médicaments 2 - Carabine 3 - Essai d'asphyxie au CO 4 - Phlébotomie à l'hôpital préparée.

évènements (disputes, reproches ...) lui font prendre conscience de sa situation et elle attente alors à ses jours.

Chez certains sujets, intelligents, le suicide traduit non seulement une prise de conscience de la mauvaise situation sociale et sentimentale mais aussi une prise de conscience de la désagrégation psychique entraînée par la psychose.

Ainsi le malade n° 7 fait sa deuxième tentative après trois ans d'analyse (c'est d'ailleurs le seul de nos malades qui se soit fait psychanalyser).

Le malade n° 57 traité pour troubles psychiatriques depuis l'enfance a fait sa deuxième tentative à l'âge de dix-neuf ans lorsqu'il s'est rendu compte que professionnellement il n'arrivait à rien et qu'il était incapable de contrôler ses impulsions violentes.

IV - ETUDE DES ANTECEDENTS FAMILIAUX ET PERSONNELS DANS NOTRE GROUPE DE SCHIZOPHRENES SUICIDANTS

1 - Antécédents psychiatriques :

a - Familiaux :

Les antécédents psychiatriques familiaux sont notés dans 51 de nos observations. Il existe une pathologie psychiatrique dans 21 familles.

Ces chiffres sont sûrement au-dessous de la réalité, car il est bien connu que la maladie mentale est encore considérée comme une tare inavouable et bien souvent les familles préfèrent l'oublier en s'abstenant d'en parler.

Nous obtenons tout de même une grande proportion de troubles mentaux dans les famille de nos schizophrènes, il y en a dans 21 famille sur 51 soit 40 % des cas. Ces troubles sont très divers allant

de la petite "dépression nerveuse" réactionnelle à la grande psychose ayant nécessité l'internement. Quelques cas d'éthylisme de l'un des parents accompagnés de troubles psychiques se traduisant par des accès de violence, sont également notés.

Il y a des suicides réussis dans 6 familles sur 51 soit dans 12 % des cas, cette proportion est nettement plus élevée que dans la population générale.

Nous avons résumé dans le tableau suivant, les différents troubles mentaux, connus, retrouvés dans les familles de nos malades.

N° de l'observation	Nature des troubles psychiatriques	Suicides réussis dans la famille
N° 4	La mère est éthyle et a fait une tentative de suicide 5 ans avant celle du malade	
N° 7	Mère psychopathe traitée	
N° 11	Père violent, très instable, pédéraste ; se serait attaqué à son fils. 2 oncles, une tante, un cousin côté paternel internés.	
N° 19	La mère fait des "dépressions nerveuses " à répétition.	
N° 24	Grands débiles côté maternel. Trois soeurs schizophrènes dont l'une est internée.	

N° 25	- Père éthyle. - Une tante côté paternel, plusieurs plusieurs fois hospitalisée en service psychiatrique. - Une soeur a fait depuis 10 ans de nombreuses "dépressions nerveuses" avec T.S.. - Un frère a été traité par sismothérapie.	
N° 26	Père traité pour "dépression" pendant 3 ans. Frère traité ; motif inconnu? Une tante côté paternel traitée ; motif inconnu.	
N° 27	Mère éthyle. Une tante internée pour démence.	
N° 28	Père et mère internés. Le père était éthyle.	Un oncle s'est suicidé
N° 30	La mère a eu une dépression nerveuse	Le père s'est suicidé
N° 33	Une soeur a eu une psychose puerpérale.	
N° 35	Père éthyle et très violent	
N° 37	Un frère interné depuis 15 ans pour schizophrénie	Grand-père maternel s'est suicidé
N° 40	Mère a fait de multiples "dépressions nerveuses " avec tentatives de suicide.	

N° 43	Mère a eu plusieurs "dépressions nerveuses ".	
N° 45	Père éthylique et violent	La grand-mère traitée pour mélancolie s'est pendue à l'hôpital le mois précédent laT.S. de la malade.
N° 47	Mère a eu plusieurs "dépressions nerveuses".	
N° 51		Le père s'est suicidé.
N° 52	Une soeur schizophrène.	
N° 53	Mère a souvent des "dépressions nerveuses" et est très instable.	
N° 65		Le grand-père s'est suicidé à l'âge de 45 ans.

Nous constatons que bien souvent dans les observations, la nature de la maladie mentale n'est pas déterminée. Nous avons de nombreux internements dont la cause n'a pas été précisée. Le terme "dépression nerveuse " si souvent employé, l'est bien souvent hors de propos par nos familles et leurs malades. Il peut désigner une dépression réactionnelle ou une dépression mélancolique ou même une schizophrènie ... C'est un mot à la mode et qui ne semble pas trop péjoratif.

Nous avons comme nous l'avons mentionné plus haut des suicides réussis dans 6 familles mais nous avons également plusieurs cas de multiples tentatives de suicide en particulier chez les mères de nos malades.

Dans deux cas (non mentionnés dans le tableau précédent car il ne s'agit pas de suicides familiaux) nous avons un suicide dans l'entourage du malade peu avant la tentative de celui-ci. Dans l'un des cas, il s'agit d'un "copain", dans l'autre, il s'agit de la fiancée.

Les pères de deux de nos malades se sont suicidés alors que ceux-ci étaient très jeunes.

Il est probable que les suicides survenus dans la famille du malade dont il entend quelquefois parler depuis son enfance ou que les suicides survenus dans son entourage sont l'un des facteurs induisant la décision qu'il prend, d'attenter, lui-aussi, à ses jours (REGIS). Il est bien entendu que le suicide de l'un des parents (le père dans les deux cas précédents) peut avoir une influence sur l'acte auto-agressif du malade non seulement en tant qu'exemple mais aussi en tant que facteur de carence affective dans l'enfance.

Les divers troubles menteux des parents peuvent également perturber gravement l'éducation des enfants en provoquant une carence affective ou des traumatismes psychiques. Ils peuvent aussi être héréditaires mais actuellement en ce qui concerne la psychose schizophrénique la plupart des auteurs s'accordent pour donner beaucoup plus d'importance à la théorie psychodynamique qu'à la théorie génétique qui est très controversée, encore que notre maître (Professeur NICK) et son école défendent essentiellement la théorie génétique et ne considère le facteur psychogénétique que comme un facteur de précipitation du trouble.

b - Antécédents psychiatriques personnels :

La biographie de nos malades est suffisamment complète dans 59 dossiers. Elle fait état de troubles mentaux dans l'enfance dans 10 cas, le plus souvent il s'agit de troubles caractériels. Nous considérerons les troubles ayant commencé avant 12 ans, en effet les troubles caractériels de l'adolescence sont fréquents chez nos malades mais ils précèdent ou font partie des premiers symptômes de la maladie.

Nous avons en quelques lignes résumé la nature des troubles présentés par nos 10 malades dans leur enfance.

- OBSERVATION n° 1 :

Psychopathe agressif, antisocial depuis l'âge de 10 ans, vols dans les magasins, fugues. Est allé depuis l'âge de 11 ans 1/2 dans plusieurs maisons de redressement. Commence à se travestir à l'âge de 14 ans. A 18 ans, est emprisonné à FRESNES à la suite d'une attaque à main armée. Fait sa 1ère tentative de suicide à l'âge de 19 ans.

- OBSERVATION n° 23 :

Enfant de parents divorcés, est mise très tôt en nourrice en compagnie d'une jeune cousine. Dès l'âge de 4 ans, elle apprend à voler à l'instigation de celle-ci et continuera plus tard à voler dans les magasins. Est adoptée à l'âge de 8 ans par un oncle et une tante et est mise en pension jusqu'à 12 ans. Dans cette pension, la malade reçoit des châtiments corporels car elle est énurétique.
De l'âge de 13 ans à l'âge de 16 ans a des relations homosexuelles avec une amie.
Nombreuses fugues.
Fait sa première tentative de suicide à l'âge de 18 ans.

- OBSERVATION n° 24 :

A des troubles du comportement depuis la petite enfance.
Fait sa première tentative à 31 ans.

- OBSERVATION n° 26 :

Grosse anxiété, cauchemars et conflits familiaux depuis l'âge de 11, 12 ans. Fait sa première tentative à l'âge de 18 ans.

- OBSERVATION n° 40 :

Troubles du comportement depuis la petite enfance ; fugues, renvois scolaires multiples.
Fait sa première tentative à 23 ans.

- OBSERVATION n° 41 :

D 'après les parents, enfant "très difficile", troubles caractériels depuis le jeune âge.
Fugues à 15 et 16 ans.
S'engage dans les parachutistes, y reste 15 jours.
Fait sa 1ère tentative à 18 ans.

- OBSERVATION n° 43 :

Vers 10 - 11 ans fugues scolaires.
Est alors traité par Melleril.
Réformé pour troubles psychiatriques.
Fait sa 1ère tentative de suicide à 18 ans.

- OBSERVATION n° 57 :

Enfant de parents divorcés. A le sentiment d'être abandonné par sa mère, est élevée par sa grand-mère.
A 18 mois traumatisme crânien avec hématome.
Vers l'âge de 2 ans 1/2 épisode de cauchemars très violents.
N'a pu rester à l'école maternelle car pleurait sans arrêt.
Reçoit un traitement sédatif depuis l'âge de 8 ans.
13 renvois scolaires.
Fait sa première tentative de suicide à l'âge de 13 ans.

- OBSERVATION n° 44 :

Fait sa première tentative de suicide à l'âge de 8 ans.

- OBSERVATION n° 60 :

Ment et vole depuis la petite enfance.
Fait sa première tentative à l'âge de 23 ans.

En conclusion, environ 1/5 de nos malades (10 sur 51) ont présenté des troubles psychiatriques essentiellement à type de troubles du comportement dans la petite enfance ou l'enfance. Ces troubles consistent le plus souvent en fugues, indisciplines familiale et scolaire mais quelquefois il s'agit de délinquance (vols, etc...) motivant le placement en maison de redressement.

Nous allons voir dans le paragraphe suivant que bien souvent ces troubles psychiatriques de l'enfance vont de pair avec une carence affective paternelle ou maternelle.

2 - Carence affective dans l'enfance :

Le cadre familial de l'enfance de nos malades a été rapporté dans 59 observations. Dans 24 cas nous notons des carences affectives graves dues à des facteurs divers : séparation des parents, décès de l'un d'eux, maladie, grosses difficultés socio-économiques, etc...

Nous avons résumé ces 24 observations dans le tableau suivant :

(voir tableau page suivante)

	Raisons de la carence affective subie dans l'enfance
N° 7	Mère psychopathe, traitée. Carence affective maternelle. Est mis en mourrice jusqu'à l'âge de 13 ans.
N° 13	Née quatre ans avant le mariage de ses parents, n'a jamais été acceptée par son père.
N° 11	Parents séparés. Père violent, instable. Se serait attaqué au malade dans son enfance.
N° 19	Parents séparés. La malade ne connaît pas son père.
N° 23	Parents divorcés. Est mise en nourrice à l'âge de 4 ans. Est adoptée par un oncle et une tante à l'âge de 8 ans mais ceux-ci voyageant beaucoup la mettent souvent en pension.
N° 30	N'a pas son père. Le père de la malade s'est suicidé alors que celle-ci avait 4 ans.
N° 32	Le père de la malade est décédé alors que celle-ci avait deux ans et demi.
N° 33	La mère de la malade est décédée alors que celle-ci avait six ans.
N° 34	Parents divorcés. A été élevé par ses grands-parents.
N° 36	Le père est mort alors que la malade avait dix ans. La mère s'est remariée et la malade ne s'entend pas avec son beau-père.
N° 44	est le huitième dans la fratrie. Conditions socio-économiques difficiles. Parents très durs, surtout le père, a un mauvais souvenir de son enfance.
N° 45	Mère souvent hospitalisée. La malade a été élevée par son père éthyle et violent.

N° 46	La mère du malade avait de nombreuses liaisons. Il avait six ans lorsque son père a quitté la maison.
N° 47	Carence affective maternelle. La mère de la malade n'aimait pas celle-ci et avait fréquemment des dépressions nerveuses.
N° 51	Le malade avait 5 ans lorsque sa mère a été assassinée par son amant. A été élevé dans un orphelinat jusqu'à 12 ans puis repris par son père qui s'était remarié. Le malade ne s'entendait pas avec sa belle-mère.
N° 53	Parents divorcés. Est mis en pension jusqu'à l'âge de 15 ans. La mère avait de nombreuses liaisons et fréquemment des épisodes dépréssifs.
N° 54	La malade avait 11 ans quand ses parents se sont séparés. Le divorce a été précédé et suivi de nombreuses discussions d'intérêt, douloureusement ressenties par la malade. L'enfant a été mise en pension et ballotée entre son père et sa mère.
N° 57	Très mal accepté par le père. Elévé par sa grand-mère. Parents divorcés alors que le malade avait 12 ans.
N° 59	N'a pas connu ses parents. A été élevée jusqu'à l'âge de 14 ans par une tante qui était très dure avec elle.
N° 60	Le malade s'est toujours senti le moins aimé dans la fratrie. A déçu par son père par ses mauvais résultats scolaires et pour cette raison a été mis en pension à l'âge de 11 ans.
N° 28	Père éthyle. Parents divorcés et actuellement internés. Dès l'âge de 10 ans a dû avoir des rapports sexuels avec un oncle de 80 ans pour rapporter de l'argent à sa famille.
N° 61	A été élevé par des parents adoptifs qui ont divorcés alors que le malade avait 14 ans. A appris à 15 ans qu'il avait été adopté à 2 ans.
N° 63	Parents divorcés. A été élevé par ses grands-parents.
N° 67	Parents vivant ensemble mais désunis, nombreuses discussions familiales.

Nous constatonsque les parents de 11 de nos malades (sur 59) se sont séparés alors que ceux-ci étaient encore très jeunes et que 7 de nos malades sont orphelins de l'un de leurs parents ou des deux. 6 autres malades ont souffert de carence affective pour des motifs divers (maladie de l'un des parents en particulier).

Au total, 24 malades sur 59 ont eu une carence affective connue dans leur enfance, soit 46 %.

Cette carence est due dans 30 % des cas au divorce des parents ou au décès de l'un deux.

GORCEIX et ZIMBACCA (n° 31) qui ont étudié les carences parentales dans l'enfance par décès ou divorce dans un groupe d'adolescents ayant fait des tentatives de suicide trouvent également un pourcentage élevé : 37 %.

En conséquence, le facteur carence parentale semble une composante non négligeable dans les multiples étiologies des conduites suicidaires des adolescents qu'ils soient schizophrènes ou non. Chez le schizophrène, il intervient également dans la causalité de la maladie.

3 - Corrélations entre :

- Carence affective dans l'enfance.
- Troubles psychiatriques parentaux.
- Troubles psychiatriques du malade dans son enfance.

Nous concevrons facilement que troubles psychiatriques chez les parents et carence affective de l'enfant vont souvent de pair : sur 15 familles dans lesquelles les parents présentent des troubles mentaux dans 6 familles l'enfant a souffert de carence affective grave, due à la violence de l'un des parents ou au divorce de ceux-ci ou bien aux hospitalisations répétées tous phénomènes corollaires de la maladie mentale.

Dans 3 de ces 15 familles, soit le 1/5, le schizophrène a présenté des troubles psychiques dans son jeune âge.

Dans les familles où l'enfant a souffert de carence affective mais dans lesquelles les parents ne présentaient pas de troubles mentaux, il y a trois autres cas de troubles psychiatriques présentés par le schizophrène dans son enfance.

Donc sur les 10 schizophrènes ayant fait une tentative de suicide au cours de leur maladie et ayant présenté des troubles psychiatriques (essentiellement troubles caractériels) dans leur enfance :

* 3 avaient l'un de leur parent malade mental
* 3 ont souffert de carence affective.

Par conséquent, seulement 4 des enfants de ce groupe vivaient dans un cadre familial satisfaisant.

4 - Nombre d'enfants uniques parmi les schizophrènes qui ont fait une tentative de suicide :

Ils sont dans le proportion de 25 %. Cette proportion que nous avons retrouvée nous semble difficilement exploitable sur le plan de conclusions valables compte tenu du nombre insuffisant de nos observations.

5 - Niveau intellectuel des schizophrènes suicidants :

Le niveau intellectuel n'intervient pas en tant que facteur étiologique de la schizophrénie. Il aurait simplement une influence sur l'âge d'apparition de la maladie ; la maladie serait plus précoce à haut niveau qu'à niveau moyen ou médiocre (Lab. P.) (n°48).

Cependant de nombreux auteurs pensent que le niveau est généralement bon et qu'un niveau bas chez un schizophrène doit faire évoquer

une détérioration secondaire à une poussée psychotique remontant à l'enfance.

Les tentatives de suicide des sujets jeunes ne présentant pas de troubles psychiatriques majeurs ne semblent pas non plus avoir de rapport avec le niveau intellectuel de ces sujets. Les coefficients intellectuels se répartissent comment dans la population générale (Gorceix et Zimbacca) (n° 31);

- chez nos malades, schizophrènes ayant eu une conduite suicidaire, nous avons un niveau assez bon en moyenne :

en effet, sur 52 niveaux connus il y a :

- 3 niveaux très bons
- 19 niveaux bons
- 15 niveaux moyens
- 9 niveaux médiocres ou débiles.

Une détérioration est notée dans 6 autres cas ; il s'agit de passages de bons niveaux à des niveaux moyens ou débiles.

Il est en fait possible qu'il y ait d'autres cas de détérioration car celle-ci n'a pas toujours été recherchée.

En conclusion, le niveau intellectuel du schizophrène qui se suicide ne semble pas différent de celui du schizophrène en général ou de celui du suicidant non schizophrène c'est-à-dire de celui de la population dite "normale".

V - CHRONOLOGIE DE LA TENTATIVE DE SUICIDE DANS LA MALADIE

La plupart des auteurs insistent sur le fait que les tentatives de suicide des schizophrènes surviennent le plus souvent au début de la maladie.

En effet, il est extrêmement fréquant que nos malades consultent pour la première fois un psychiatre lors d'une tentative de suicide. Bien souvent, le malade a présenté quelques troubles auparavant; de l'humeur, de l'affectivité, du comportement mais ceux-ci souvent taxés "d'originalité" ou de crises d'adolescence n'ont pas alerté suffisamment la famille pour motiver la consultation psychiatrique. C'est l'acte auto-agressif qui nécessitant le plus souvent l'hospitalisation amène le malade en service spécialisé.

Certains caractères particuliers à cette tentative permettent d'évoquer le diagnostic de processus dissociatif : l'absence de cause apparante ou l'étrangeté de cette cause, son caractère impulsif, le détachement du sujet vis à vis de son acte.

Mais bien souvent, la 1ère tentative, comme nous l'avons vu dans le chapitre des motivations, s'inscrit dans un contexte dépressif qui semble banal et ce sont les récidives, l'échec des traitements anti-dépresseurs, l'apparition de signes de la série psychotique, qui feront envisager le diagnostic. Ainsi, plusieurs de nos malades ont fait des tentatives de suicide à répétition au début de la maladie avant que le processus schizophrènique ne soit mis en évidence.

Ce suicide du début semble une réaction de défense contre l'angoisse atroce provoquée par la désorganisation psychotique de la personnalité, la mort n'y est pas recherchée en elle-même, le comportement auto-agressif serait une sorte de tentative désespérée pour "préserver l'image familière de la personnalité" (TAMARIN).

Parmi les 59 malades de notre groupe qui ont un dossier suffisamment complet pour nous permettre de situer à quelle phase de leur maladie se situe leur première tentative, trois seulement étaient des schizophrènes connus et traités comme tels lorsqu'ils ont accompli leur geste.

L'histoire de ces trois malades est rapportée dans les observations ci-dessous :

- OBSERVATION n° 50 :

Madame P... avait déjà présenté deux états qualifiés de "dépressifs", six et quatre ans auparavant qui avaient été traités. Elle fait, sa première tentative, lors d'une permission, alors qu'elle est hospitalisée pour un épisode identique aux deux précédents, avec les médicaments de son traitement : Sonéryl, Halopéridol et Largactil.

- OBSERVATION n° 52 :

Monsieur P... traité pour schizophrénie depuis l'âge de 19 ans fait sa première tentative à l'âge de 32 ans au cours d'un délire de persécution.

- OBSERVATIONS n° 63 :

Il s'agit d'un jeune malade ancien toxicomane qui avait été hospitalisé trois mois avant sa première tentative. Le diagnostic de psychose schizophrénique avait été porté et un traitement, non suivi par le malade, institué.

Par conséquent, sur les trois malades déjà connus comme schizophrènes, seulement deux malades avaient une psychose évoluant depuis plusieurs années.

Deux autres malades étaient traités depuis l'enfance pour troubles caractériels :

- OBSERVATION n° 43 :

Monsieur M... a reçu du Melleril de 12 ans à 15 ans pour des troubles du comportement (fugues scolaires en particulier) et des anti-dépresseurs de 16 à 17 ans.
Il a fait sa première tentative à l'âge de 17 ans.

- OBSERVATION n° 57 :

Monsieur R... recevait un traitement sédatif depuis l'âge de 8 ans pour des troubles caractériels, lorsqu'il fait sa première tentative à l'âge de 13 ans.

En conclusion, cinq malades seulement sur 59 avaient reçu un traitement psychiatrique avant leur permière tentative et chez trois malades seulement le diagnostic de schizophrènie avait déjà été porté, depuis plusieurs années chez deux d'entre eux, depuis quelques mois chez l'un d'entre eux.

Donc, dans une énorme majorité de cas :

1 - C'est la tentative de suicide qui met pour la première fois le psychiatre en contact avec le malade (54 cas sur 59),

2 - et la première tentative de suicide survient au début de la maladie.

C'est cette dernière constatation qui nous a fait penser qu'il serait intéressant d'étudier la fréquence des suicides en fonction des différentes formes de début de la maladie.

Pour ce faire, nous avons emprunté la classification des formes de début de la schizophrénie établie par GUYOTAT (n° 32).

A - Formes à début progressif :

Nous en avons 52 cas, parmi celles-ci nous avons

1° - Formes pseudonévrotiques : 18 cas :

Elles se répartissent comme suit :

- 14 formes dépressives progressives avec :

. 7 dépressions d'allure réactionnelle

. 7 dépressions non réactionnelles.

- 3 formes hypochondriaques avec :

  . dans deux cas,préoccupations morphologiques (esthétiques) intenses, souvent apparemment motivées d'ailleurs par une dysrégulation pondérale directement liée à la maladie.

  . dans un cas impression physique de dépersonnalisation.

- Une forme obsessionnelle.

2° - Formes délirante progressives : 4 cas

avec

  . dans trois cas : - dépersonnalisation
                     - sensation d'ambiance étrange
                     - syndrome d'automatisme mental

  . dans un cas : délire de persécution.

3° - Formes avec modifications intellectuelles progressives : 9 cas

  . bizarreries intellectuelles, rationnalisme morbide, 4 cas.

  . L'un de nos malades, s'est converti, dans les mois précédant sa tentetive, à la religion des témoins de Jéovah.

  . Un autre s'est pris d'un intérêt soudain pour la psychanalyse et la psychologie.

  . Une de nos malades était très attirée par les pratiques de magie, les films et les livres fantastiques.

  . Déficit intellectuel. Nous avons 5 cas où il prédomine nettement mais en fait, il est beaucoup plus fréquent et est douloureusement ressenti par nos jeunes malades chez qui il entraîne souvent un état dépressif.

4° - Formes avec troubles instinctivo-affectifs et troubles du caractère : 7 cas

Elles se traduisent par une indifférence affective progressive

ou des haines paradoxales, de fausses aventures sentimentales, des comportements abandonniques, souvent une vie sexuelle perturbée et agitée.

5° - Formes avec troubles du comportement tels que T.S. à répétitions, fugues, relations anti-sociales et anti-familiales violentes. 14 cas.

Nous avons vu plus haut dans le chapitre : "antécédents psychiatriques personnels " qu'un certain nombre de nos malades présentent des troubles du comportement depuis l'enfance.

Chez les autres, ces troubles ont commencé lors du début de l'adolescence vers 13 ou 14 ans : parmi ceux-là, trois se droguaient au Haschich.

En fait, 16 malades ont présenté des troubles du comportement quelques années avant ou au début de leur psychose (la date d'entrée dans la maladie est alors difficile à déterminer), mais deux de ces malades ont apparemment commencé leur psychose par une forme délirante peu avant leur tentative. C'est pourquoi nous avons noté seulement 14 formes de début avec troubles du comportement.

Nous voyons que ces troubles sont en fait très fréquents, 16 malades sur 59, soit 27 % de nos schizophrènes en ont présentés avant ou au début de leur psychose.

B - Formes à début aigu :

Elles s'installent en quelques jours, quelques semaines au plus.

Nous avons :

- 4 syndromes d'allure mélancolique d'apparition assez brutale
- et 3 psychoses délirantes hallucinatoires aiguës dont l'une s'est installée en deux jours.

Donc au total, seulement 7 formes à début aigu.

En conséquence, nous remarquons la plus grande fréquence des formes d'installation progressive par rapport aux formes à début aigu (52 des premières, pour 7 des secondes) chez nos malades. Cependant, ces chiffres ne permettent pas de tirer des conclusions sur les corrélations entre risque suicidaire et rapidité d'installation de la maladie car il est bien connu que les formes à début progressif de la schizophrénie sont les plus fréquentes.

Mais cette étude nous permet de constater la fréquence des formes de début pseudo-névrotiques (30 % des cas) chez les schizophrènes qui font des tentatives de suicide. Parmi ces formes pseudo-névrotiques, nous notons une grande prédominance des états dépressifs (14 cas sur 18 formes pseudo-névrotiques), ce qui ne surprend pas dans une population de suicidants. Nous avons également des états dépressifs dans les formes à début aigus (4 syndromes mélancoliques). Par conséquent, 30 % de nos malades sont entrés dans leur psychose par une "dépression atypique" soit pseudo-névrotique, soit pseudo-mélancolique.

Après les formes de début dépressive, ce sont les formes avec troubles du comportement qui viennent en seconde position. Nous avons vu plus haut que 27 % de nos malades avaient présenté des troubles du comportement comme prodromes de la maladie.

Viennent ensuite les formes de début avec modifications intellectuelles progressives, 16 % des cas ; il s'agit soit d'affaiblissement intellectuel, soit de rationnalisme morbide, le malade rationnalise alors sa vie et sa mort, comme il est prêt à tout rationnaliser, tel notre malade qui avait pris un soir, avant d'aller se coucher, pensant être découvert le lendemain, des comprimés de Nubarène afin de "séparer son âme de son corps". Il s'était démontré que la vie charnelle n'avait pas d'intérêt et voulait par la mort entrer dans une autre vie. La description de cette autre vie était d'ailleurs extrêmement pauvre. Le malade disait simplement qu'il désirait atteindre "un rivage".

VI - RECIDIVES EN COURS D'EVOLUTION

Nous avons étudié la fréquence de survenue des récidives suicidaires chez nos malades essentiellement en fonction de deux facteurs qui nous ont paru avoir une influence non négligeable :

- d'une part, le traitement
- d'autre part, l'entourage affectif.

1 - Récidives suicidaires et traitement :

Nous avons vu dans le chapitre précédent que la première tentative de suicide survenait le plus souvent chez nos jeunes malades avant tout traitement et était de ce fait révélatrice de la maladie. Qu'advient-il ensuite de ces psychotiques lorsqu'ils sont traités ? Nous avons fait une étude comparative des récidives suicidaires chez des maaldes suivis en consultation et traités régulièrement et chez des malades non traités ou traités de façon intermittente.

Il est en effet assez fréquent que les malades une fois sortis de l'hôpital ne comprennent pas la nécessité de suivre un traitement au long cours. De plus, les petits incidents secondaires au traitement neuroleptique viennent facilement à bout des bonnes résolutions chez des malades souvent très versatiles. Le malade peut arrêter son traitement pour des motifs diamétralement opposés ; soit parce qu'il estime que les médicaments n'améliorent pas son état ou même l'aggravent, soit parceque il va mieux et se croit guéri.

Nous avons des malades qui au début de leur psychose n'ont pas fait une mais plusieurs tentatives avant d'être traités et qui depuis qu'ils sont sous thérapeutique n'ont pas fait de récidive.

Dans le tableau 9, nous avons mentionné le nombre de malades ayant récidivé ou non, depuis le début du traitement, dans un groupe de schizophrènes recevant ce traitement régulièrement, et le

nombre de malades ayant récidivé ou non dans un groupe de schizophrènes sans traitement ou avec un traitement très irrégulier.

Tous les malades mentionnés sur ce tableau ont été suivis pendant plusieurs années. Les malades ne prenant pas leur traitement ont été revus à l'occasion de rechutes, ou de nouvelles tentatives. Les autres viennent régulièrement en consultation.

TABLEAU 9

	Malades peu ou pas traités	Malades régulièrement traités
Non récidivistes	6	15
Récidivistes	18	8
	24	23

Nous ne pouvons, bien entendu, pas préjuger de l'avenir et il est possible que des malades traités qui n'ont pas fait de récidive jusqu'à présent, en fasse une un jour mais ces chiffres sont nettement en faveur d'un traitement de fond chez les schizophrènes en ce qui concerne la prévention de la récidive suicidaire ; en effet ces deux groupes : malades non traités et malades traités sont quantitativement comparables (24 sujets pour le 1er, 23 pour le second), et dans le groupe malades non traités, nous avons les 3/4 de récidives, tandis que dans le groupe de malades traités nous en avons seulement le 1/3.

2 - Conduite suicidaire et entourage affectif :

Nous avons fait une étude comparative de la nature de l'entourage affectif dans un groupe de schizophrènes récidivistes et d'un groupe de non récidivistes. Le premier groupe comprend 25 malades, le deuxième groupe en comprend seulement 14 mais ces derniers ont tous été suivis pendant plusieurs années.

Dans chacun des tableaux (tableau 10 = récidivistes, tableau 11 = non récidivistes), nous avons noté sur le premier volet, la situation familiale lors de la première tentative, sur le deuxième volet, nous avons noté l'évolution de cette situation au cours des récidives (tableau 10) au cours des années suivantes (tableau 11).

a - Dans la groupe des 25 récidivistes, nous avons :

1 - Lors de la première tentative de suicide :

- 6 malades vivant seuls (lun d'eux vient de divorcer),
- 1 malade au service militaire et 1 malades en pension contre son gré,
- 13 malades habitant avec leurs parents et s'entendent mal avec eux,
- 1 malade marié s'entendant mal avec son conjoint,
- 1 malade vivant chez ses grands-parents et s'entendant bien avec eux.
- 2 malades mariés s'entendant bien avec leur conjoint.

En conséquence, dans le groupe des récidivistes, lors de leur première tentative, sur 25 malades, 3 seulement vivent dans des conditions affectives qui semblent favorables.

Les autres sont soit seuls, soit en conflit avec leurs parents ou leur conjoint.

2 - Lors des tentatives ultérieures :

- 7 malades vivant seuls (l'un d'eux seul lors de sa deuxième tentative en fera d'autres étant marié en bons terme avec sa femme),
- 1 malade en sanatorium,
- 9 malades vivant chez leurs parents et en conflit avec eux,
- 3 malades mariés ou vivant maritalement et en conflit avec leur conjoint,
- 1 malade vivant avec ses grands-parents et s'entendant bien ave c eux,
- 5 malades mariés vivant en bons termes avec leur conjoint (l'un deux vivait seul lors de sa deuxième récidive).

Donc le milieu affectif de nos 25 malades récidivistes est apparemment favorable dans 6 cas lors de la récidive 20 malades vivent seuls ou en conflit avec leur famille lors de leur récidive (le malade n° 25 se trouve à la fois dans les deux groupes car il est seul de sa deuxième récidive, marié lors des suivantes).

Lors des récidives les conditions affectives semblent être améliorées par rapport à la première tentative pour 3 malades seulement sur 25.

Sur 6 malades qui vivaient seuls lors de la première tentative 5 d'entre eux continuent à vivre seuls.

b - Dans le groupe des 14 sujets qui n'ont pas récidivé, nous avons :

1 - Lors de leur tentative :

- 6 malades vivants seuls,
- 2 malades vivant chez leurs parents et en conflit avec eux,

- 1 malade vivant chez son frère en bons termes avec lui,
- 3 malades vivant chez leurs parents en bons termes avec eux,
- 2 malades mariés et vivant en bons termes avec leur conjoint.

Au total, 6 malades sur 14 semblent vivre dans des conditions affectives favorables.

Les 8 autres vivent seuls ou bien en conflit avec leur entourage.

2 - Par la suite :

- 4 malades vivent seuls,
- 2 malades vivent avec leurs parents et s'entendent mal avec eux,
- 5 malades vivent avec leurs parents et s'entendent bien avec eux,
- 3 malades sont mariés et vivent en bons termes avec leur conjoint

Donc sur les 14 malades qui n'ont pas récidivés, 8 semblent vivre dans des conditions affectives favorables, au cours des années suivant leur tentative.

Les 6 autres vivent seuls ou en conflit avec leur entourage.

Lors de la première tentative, 6 sujets vivaient seuls, par la suite, 4 seulement sont restés seuls, les 2 autres se sont mariés et s'entendent bien avec leur conjoint. Pour ceux qui vivaient chez leurs parents, les conditions n'ont pas changé, on peut donc dire que l'entourage affectif s'est amélioré pour 2 malades.

TABLEAU 10

Entourage affectif

- Lors de la premier T.S.
- et lors des récidives

chez les récidivistes.

	LORS DE LA PREMIERE T.S.					PAR LA SUITE, LORS DES RECIDIVES				
Numéro de l'observation	Sujet seul	Mauvaise entente	Bonne entente	Avec ses parents	Marié	Sujet seul	Mauvaise entente	Bonne entente	Avec ses parents	Marié
3		+		+			+		+	
6		+		+			+		+	
7			+		+			+		+
8		+		+			+		+	
19		+		+			+		+	
20		+		+		En sanatorium s'ennuie				
25	Au Service militaire					+ Première récidive		Deuxième récidive +		+ Deuxième récidive
28	+					+				
29		+		+			+		+	
30		+		+			+		+	
35		+		+				+ +		+
39	+					+				
41		+		+			+		+	
44		+		+			+			+
45		+		+				+ +		+
46	+					+				
47			+		+			+		+
48	+				Vient de divorcer		+			Liaison
53		+			+		+			Mariée, puis divorcée, liaison
55		+		+			+		+	
57	En pension contre son gré					+				
60		+		+			+		+	
61	+					+				
62	+					+				
63			+	Vit avec ses grands-parents				+	Vit avec ses grands-parents	

TABLEAU 11

Entourage affectif de 14 malades

- Lors de leur T.S.
- Par la suite.

Les malades n'ont pas récidivé jusqu'à présent et ont tous été suivis au minimum 2 ans, au maximum 1 [illegible] ans après leur T.S.

	LORS DE LA T.S.					PAR LA SUITE				
Date de la T.S.	Seul	Mauvaise entente	Bonne entente	Vit avec ses parents	Marié	Seul	Mauvaise entente	Bonne entente	Vit avec ses parents	Marié
N° 11 TS en 66			+	+				+	+	
N° 14 TS en 62	+					+				
N° 21 TS en janvier 69		+		+			+		+	
N° 17 TS en 63			+	+				+	+	
N° 24 TS en 66	+					+				
N° 26 TS en 67		+		+			+		+	
N° 33 TS en 64	+							+		+
N° 34 TS en 62			+	Vit avec son frère				+	+	
N° 36 TS en 60	+					+				
N° 37 TS en 66	+							+	+	
N° 43 TS en 66			+	+				+	+	
N° 50 TS en 64			+		+			+		+
N° 51 TS en 64	+					+				
N° 56 TS en 64			+		+			+		+

Comparons maintenant les résultats obtenus dans les tableaux 10 et 11

1 - Lors des récidives, nous avons 6 sujets sur 25 qui vivent dans leur famille (parents ou conjoint) et en bonne entente avec elle, soit 1/4 des malades.

- Dans les années suivantes, pas de récidives suicidaire, nous avons 8 sujets sur 14 qui vivent dans leur famille (parents ou conjoint) et en bons termes avec elle, soit plus de la moitié.

Ces chiffres nous permettent donc de conclure que, pour nos malades, un bon entourage affectif est un facteur diminuant le risque de récidive suicidaire.

2 - Par contre, il semble que la mauvaise entente avec les parents ou le conjoint, soit un facteur augmentant notablement le risque de récidives. Ceci est en partie explicable par le fait que les gestes auto-agressifs de nos malades étant généralement très impulsifs sont facilement déclenchables par une dispute familiale.

En effet :

- Dans le groupe des récidivistes 12 malades sur 25 vivent en conflit avec leur famille lors des récidives soit à peu près la moitié.

- Dans le groupe des non récidivistes, 2 malades seulement sur 14 soit 1/7ème vivent en conflit avec leur famille.

3 - La solitude est-elle un facteur favorable ou défavorable en ce qui concerne la conduite suicidaire des schizophrènes ?

Beaucoup d'auteurs pensent que le schizophrène en raison de son autisme et de ses difficulté de contact avec autrui est appelé à vivre naturellement seul.

- dans le groupe des récidivistes, 7 malades sur 25 vivent seuls lors de leurs récidives.

- dans le groupe des non-récidivistes, 4 malades sur 14 vivent seuls après leur tentative.

Les proportions sont sensiblement les mêmes dans les deux cas (28%). La solitude ne semble donc pas un facteur influant sur le risque de récidive.

Conclusion :

La qualité de l'entourage familial joue un rôle très important dans la conduite suicidaire ultérieure du schizophrène qui a fait une tentative au début de sa maladie. Cependant le rôle préventif de la bonne entente familiale n'est malheureusement pas aussi considérable que le rôle inducteur de la discorde dans la récidive.

La proportion de malades récidivistes et non récidivistes parmi les malades vivant seuls est sensiblement la même.

Il semblerait peut-être préférable pour le schizophrène, en ce qui concerne le risque suicidaire, qu'il vive seul que dans une famille avec laquelle il se trouve en conflit, mais ceci est loin d'être prouvé.

3 - Corrélations entre : récidives, traitement et entourage affectif :

Nous avons vu ci-dessous que le risque de récidive était notablement diminué :

- d'une part, par un traitement chimique régulier et continu,
- d'autre part, par un entourage affectif familial favorable.

Il nous a semblé intéressant de considérer ces deux facteurs non seulement séparément, mais aussi simultanément (tableau 12).

En effet, un bon entourage familial peut avoir une influence favorable sur la prise régulière du traitement par le malade.

TABLEAU 12

		ENTOURAGE AFFECTIF APRES LA PREMIERE T.S.				
		Seul	Avec ses parents		Marié ou Liaison	
			bonne entente	mauvaise entente	bonne entente	mauvaise entente
Malades traités	Non récidivistes	3	3	2	1	0
	récidivistes	2	0	4	1	2
Malades non traités	Non récidivistes	1	2	0	2	0
	Récidivistes	6	1	18	3	1

- Le groupe de récidivistes comprend les 25 malades du tableau 10.

Parmi ces 25 malades 9 sont traités régulièrement, les 16 autres sont traités de façon intermittente.

- Le groupe des non récidivistes comprend les 14 malades du tableau 11.

Parmi ces 14 malades, 9 sont traités régulièrement, les 5 autres sont traités de façon intermittente.

a - Considérons d'abord la proportion de malades traités ou non en fonction de leur situation familiale :

- sur 12 malades vivants seuls, 5 prennent leur traitement,
- parmi les 30 malades, qui vivent chez leurs parents, seulement 9 malades prennent leur traitement.

6 de ces malades vivent en bons termes avec leurs parents, sur ces 6 malades, 3 prennent leur traitement soit la moitié.

24 de ces malades sont en conflit avec leurs parents et parmi eux 6 malades prennent leur traitement soit 1/4.

Par conséquent, les malades vivant en bons termes avec leurs parents prennent mieux leur traitement que ceux qui vivent en mauvais termes avec eux.

- parmi les 10 malades mariés, 4 prennent leur traitement.

Sur les 7 de ces malades qui vivent en bonne harmonie avec leur conjoint 2 prennent leur traitement et sur les 3 de ses malades s'entendant mal avec leur conjoint 2 également prennent leur traitement.

Par conséquent la bonne entente conjugale ne semble pas avoir une influence particulièrement positive en ce qui concerne la prise du traitement et le malade seul prend en moyenne son traitement avec la même fréquence que le malade marié.

b - Considérons maintenant le nombre de récidivistes en fonction des deux facteurs ; traitement et entourage affectif :

Les proportions de récidivistes dans les différentes situations n'ont de valeur que considérées les unes par rapport aux autres. En effet, si nous les considérions séparément, elles seraient faussées de par la constitution de notre groupe qui comprend un nombre inégal de récidivistes (25) et de non récidivistes (14).

TABLEAU 13

Situation familiale du malade		Nombre total de malades	Nombre de récidivistes	Proportion de récidivistes
SEULS				
	Traités	5	2	2/5
	non traités	7	6	6/7
MARIES				
Bonne entente	traités	2	1	1/2
	non traités	5	3	3/5
Mauvaise entente	traités	2	2	2/2
	non traités	1	1	1/1
AVEC LES PRAENTS				
Bonne entente	traités	3	0	0/3
	non traités	3	1	1/3
Mauvaise entente	traités	6	4	4/6
	non traités	18	18	18/18

Cette mise au point étant faite, nous pouvons constater que l'association de deux facteurs favorables diminue considérablement le risque de récidive tandis que l'association de deux facteurs défavorables l'augmente d'autant.

Ainsi aucun malade traité vivant en bonne harmonie avec ses parents ne récidive, tandis que :

- tous les malades non traités vivants en mauvais termes avec leur parents,

- et tous les malades mariés non traités vivant en discorde avec leur conjoint récidivent.

Les malades vivant seuls et non traités récidivent presque tous (6/7).

Sur ce tableau, nous voyons que la valeur de l'entourage affectif semble avoir une influence encore plus grande que la prise du traitement sur la fréquence des récidives ; aussi tous les malades mariés qui s'entendent mal avec leur conjoint et qu'ils soient traités ou non récidivent. Toutefois il est bien évident que la mésentente peut résulter de la maladie elle-même.

En conclusion :

Nous retiendrons de ce chapitre la possibilité de la prévention ou du moins de la diminution de fréquence des récidives suicidaires chez le schizophrène par l'administration d'un traitement de fond et surtout la présence d'un bon entourage affectif, étant entendu que le traitement chimique régulier et ininterrompu demeure le facteur absolument indispensable de l'évolution favorable de la maladie en-dehors même de tout risque suicidaire.

oOo

CONCLUSION GENERALE

Lorsque l'on essaie de faire la synthèse des pages précédentes les notions qui ressortent de notre étude sont les suivantes :

La schizophrénie est une maladie mentale où le risque suicidaire est assez élevé, 38 % de nos malades ont fait au moins une tentative de suicide. Ce risque semble en nette augmentation depuis le début du siècle. Comme le pensent notre Maître et son école, cette augmentation pourrait n'être en partie qu'apparente et dûe à une meilleure connaissance de la maladie. Il semble aussi que l'avènement de nouvelles thérapeutiques chimiques, en changeant la physionomie évolutive de la maladie, ait augmenté le risque suicidaire. En effet, les malades qui autrefois auraient été internés, mènent une vie quasi-normale et, étant souvent peu dissociés, ils peuvent prendre conscience de la morbidité de leur état, de plus l'évolution de la maladie étant souvent rendue cyclique par la thérapeutique, il y a des rechutes au cours desquelles le risque suicidaire est augmenté.

La première tentative de suicide du schizophrène survient dans une énorme majorité de cas au début de la maladie, le malade entrant le plus souvent dans sa psychose par un état dépressif. C'est une tentative du sujet jeune, tous nos malades ont moins de 35 ans lors de leur première tentative.

La tentative est le plus souvent impulsive, les motivations suicidaires très pauvres en général.

En ce qui concerne les modes de suicide, les procédés passifs ont la majorité des suffrages : sur 110 tentatives, les 2/3 ont été faites

par intoxication. Un plus grand nombre de garçons que de filles ont employé des procédés violents mais la différence est moins nette que dans la population générale des suicidants où une grande majorité de femmes s'intoxiquent.

Les malades qui emploient la première fois un moyen violent et échouent semblent récidiver plus fréquemment que ceux qui emploient un moyen passif.

Le risque de récidive semble considérablement diminué par un bon entourage affectif familial, la solitude ne serait donc pas un élément favorable au schizophrène. Il est toutefois certain qu'il vaut mieux qu'il vive seul que dans un milieu où règne la mésentente car les récidives sont souvent précipitées par des disputes.

Le risque de récidive semble également diminué par une thérapeutique chimique régulière. Ceci peut sembler paradoxal puisque beaucoup d'auteurs pensent que le risque de suicide a augmenté depuis l'apparition des neuroleptiques mais, dans notre groupe de malades ayant déjà fait une tentative, les malades traités régulièrement récidivent moins que les autres car un arrêt inopiné de la thérapeutique entraîne souvent une rechute avec une nouvelle tentative d'autolyse.

En d'autres termes, le risque de suicide est fonction de l'évolution de la maladie; un malade bien équilibré par sa chimiothérapie et qui a réalisé qu'il ne devait la suspendre à aucun prix à peu de chances de refaire une poussée évolutive et partant de refaire des tentatives de suicide.

ooOoo

B I B L I O G R A P H I E

I - ACHTE K.A., STENBACK A., et TERAVAINEN H. -

Suicide en cours de traitement dans les hôpitaux psychiatriques.
Acta Psychiat. Scand., 1966, 42, n° 3, 272-284.

2 - ASHER J., DELAHOUSSE J. et FAROUX C. -

La conduite suicidaire et sa signification.
Lille Méd. oct. 67, 12, n° 8, 951-960.

3 - BANEN D.M. -

Le suicide chez les malades psychiques.
J. Nerv. Ment. Dis. nov. déc. 1954, 120, n° 516, 349-357.

4 - BARRY H. et BARRY H. J.M. -

Ordre de naissance, taille de la famille et schizophrénie.
Arch. Gén. Psych., oct. 1967, 17, n° 4,435-440.

5 - BASQUIN M. -

Abord psychiatrique du suicide.
Cahiers Laënnec, déc. 1966, 26, n° 4, 53-61.

6 - BATCHELOR. I.R.C.-

Etats psychopathiques et tentatives de suicide.
Brit. Med. J., 12 juin 1954, n° 4875, 1342 - 1347.

7 - BEICHL L. -

Fréquence familiale du suicide.
WIEM, KLIN, WSCHR., 15 octobre 1965, 77, n° 41, 727-728.

8 - BERTIN M. -

Etude statistique du suicide.
Cahiers Laënnec, déc. 1966, 26, n° 4, 4-17.

9 - BLANC M., BOURGEOIS M., HENRY P. -

Les intoxications volontaires aiguës. Aspects psychologiques et psychiatriques.
Journal de Médecine de Bordeaux, n° 7, juillet 1967, pp. 1048-1055.

10 - BLANC M., BOURGEOIS M., HENRY P. -

La tentative de suicide, aspects actuels (à propos de 500 observations).
Société médico-psychologique, 28 mars 1966.
Annales médico-psychologiques, I, 1966, n° 4 ; p. 554-559.

11 - CARILLO, BROATCH A. -

Considérations sur les formes de début de la schizophrénie.
Rev. Neuro. Psiquiat. Déc. 1960, 23, n° 4, 512.

12 - CATTERSON A.G., BENNETT D.H. et FREUDENBERG R.K.-

Surveillance à long terme des schizophrènes.
Brit. J. Psychiat., nov. 1963, 109, n° 463, 750-757, 5 tables.

13 - CAZZULO C.L. -

Schizophrènie initiale et psychonévrose (analyse de quelques aspects-pathologiques).
Riv. Pat. Nerv. Ment., fév. 1958, 79, n° 3, 591-652.

14 - CHAPMAN J. -

Les symptômes précoces de la schizophrénie.
Brit. J. Psychiat. mars 1966, 112, n° 484, 225-251.

15 - COHEN E. -

Evaluation psychiatrique des attaques contre soi-même.
Proposition de classification clinique.
Arch. Gén. Psychiat. Juillet, 1969, 21, n°1, 64-67, 5 tables.

16 - COHEN S., LEONARD C.V., FARBEROW N.L. et SHMEIDMAN E.S. -

Tranquilisants et suicides chez le schizophrène.
Arch. Gén. Psychiat. sep. 1964, 11, n°, 312-321.

17 - CORNU F. -

Constatations catamnésiques sur l'évolution des schizophrènies simples .
Psychiat. Neurol., mars 1958, 135, n° 3, 129-175.

18 - DELLO RUSSO O. -

A propos du début de la schirophrénie.
Riv. Pat Ner. Ment., mars 1962, 83, n° 1, 59-80.

19 - DENICKER P. -

Risque de suicide et conditions modernes du traitement psychiatrique.
Ann. Méd. leg. Janv. fév. 1965, 45, n° 1, 42-52.

20 - DESHAIES O. -

Psychologie du suicide.
Edit. Presses Universitaires de France - 375 p.

21 - DUBOIS J. CL. -

Les signes d'alerte de la schizophrénie.
Presse therm. clin., sept. oct. 1960, n° 4, 198-200.

22 - DUGASM et THMASSECOS N. -

Les suicides de déterminisme héréditaire.
Vie méd., mai 1967, n° spécial, 31-35.

23 - FERRIOL et VERCELLIMO F. -

Aspect psychopathologiques et psychiatriques du suicide.
Minerva méd., 14 nov. 1968, 59, n° 91, 4870-4882.

24 - FLOOD R.A. et SEAGER C.P. -

Examen rétrospectif de rapports de cas de psychiatrie chez des sujets qui se sont ensuite suicidés.
Brit. Psychiat., av. 1968, 114, n° 509, 443-450.

25 - FUENTES G.R.O. -

Un essai de statistique sur les suicides.
Semaine Med. (suppl. semaine hôp. Paris)
2 oct. 1961, 37, n° 21, 615-617.

26 - GARAVAGLIA G. et MARINABO G. -

Quelques aspects de l'anxiété dans les psychoses schizophréniques.
Riv. Pat. Nerv. Ment. 1960, 81, n° 2, 485-503.

27 - GERARDIN J.R., GALAND Mme, JEANNOT A., et MAYERM. -

Contribution à l'étude des suicides des malades mentaux.
Ann. Méd. Psychol., av. 1965, 123, n° 4, 646.

28 - GLATZEL J. -

Troubles dans l'intervalle des rémissions, du sens vital au cours des psychoses schizophréniques.
Nervenarzt, déc. 69, 40, 573-578.

29 - GLYNN A. -

La nature de la schizophrénie et son diagnostic précoce.
Acta Psych. Neurol., 1953, 28, n° 2, 123-173.

30 - GOMEZ LIMONE, HERNANDEZ J., et LOPEZ ALMARAZ R. -

Aspects psychiatriques de la tentative de suicide.
Revue charma, av. 1970, n° 40, 26-29.

31 - GORCEIX A. et ZIMBACCA N. -

Etude sur le suicide.
Edit. Masson et Cnie 192 p.

32 - GUYOTAT J. -

Modes de début des schizophrénies.
Rev. Lyon? Méd. 1969. 18, n° spécial 75-86.

33 - GRAWFORD J.P. et WILLIS J.H.-

Double suicide chez les malades d'hôpitaux psychiatriques.
Brit. J. Psychiat., déc, 66, 112, n° 493, 1231-1235.

34 - GREER S. et GUMM J.C. -

Tentatives de suicide dans les maisons où les parents sont unis ou séparés.
Brit. Méd. J., 3 décembre 1966, 2, n° 5526, 1355-1357.

35 - GREER S., GUMM J.C. et KOLLER K.M. -

Facteur étiologiques des tentatives de suicide.
Brit. Méd. J., 3 décembre 1966, 2, n° 5526, 1352, 1355.

36 - GREGORETTI L., PISSERI P., GABOARA F., ARNOME R. et BEVILACGNA P. -

Etude psycho-pathologico-clinique et socio-psychiatrique sur les modalités d'évolution dans un groupe de schizophrènes chroniques.
Riv. sperim. Framiatria (suppl.), 30 avril 1965, 89, n° 2 405-483.

37 - HAMILTON V. -

Modification du quotient intellectuel dans la schizophrénie chronique.
Brit. J. Psychiat. sept. 1963, 109, n° 462, 642-648.

38 - HOCH P.H., CATTELL J.P., STRAHL M.O. et PEMMES H.H. -

L'évolution et l'aboutissement de la schizophrénie pseudo-névrotique.
J. Psychiat., août 1962, 119, n° 2, 106-115.

39 - HOCHMANN J., BUFFARD S., VEDRINNE J. et COLIN M.-

Premières réflexions sur une expérience de psychothérapie des suicidants.
Ann. Méd. lég., janvier - février 1965, 45, n° 1, 80-92.

40 - HOFF H. et RINGEL E.-

Le suicide, son traitement et sa prophylaxie.
Wien., Zschr. Nervenh., 1956, 12, n° 3, 286-317, 9 tabl.

41 - HUBER -

Problème de l'évolution de la schizophrénie.
Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 1968, 101, n° 2, 346-368.

43 - IRLEG -

Conception de la mort chez les sujets ayant tenté de se suicider.
Nervenarzt, juin 1968, 39, n° 6, 255-260, Stabl.

44 - JAMES J.P. et LEVIN S.-

Suicide après sortie d'un hôpital psychiatrique.
Arch. Gén. Psychiat., janvier 1964, 10, n° 1, 43-46.

45 - JENSEN L. -

Suicides à l'Hôpital et suicides parmi les malades sortis d'hôpitaux psychiatriques.
Acta Psychiat. Scand., 1966, 42, n° 191, 149-170, 11 tabl.

46 - KOUPERNIK C. -

Délire à thème de transformation sexuelle chez une schizophrène (mort après injection de quatre grammes de prédnisolone).
Concours méd. 7 av. 1962, 84, n° 14, 2089-2096.

47 - KRUPINSKI J., POLKE P. et STOLLER A. -

Troubles psychiatriques dans les tentatives de suicides et les suicides accomplis à Victoria en 1963.
Méd. J. Australia., 6 nov. 1965, 52, n° 19, 773-778.

48 - LAB P. -

Le niveau intellectuel et les schizoprhènies.
Significations diagnostiques et évolutives.
Encéphale, nov. - déc. 1960, 49, n° 6, 544-556.

49 - LEMPERIERE T., des LAURIERS A. -

Le risque suicidaire dans les psychoses.
Rev. Praticien, 1er décembre 1962; 12, n° 31, 3253-3261.

50 - LEMPERIERE T. -

Le comportement suicidaire.
Cahiers Laënnec, déc. 1966, 26, n° 4, 18-52.

51 - LEYBERG J.T. -

Etude suivie de quelques schizophrènes.
Brit. J. Psychiat., juil. 1965, 111, n° 476, 617-624.

52 - LODIN A. et STIGELL P.O. -

Automutilation cutanée et puissance de destruction chez un schizophrène.
Acta. Derm. Veneriol., 1966, 46, n° 2-3, 224-227, 7 figures.

53 - MALE P. -

Modes de début de la schizophrénie.
Evol. Méd., oct. Nov. Déc. 1964, 8, n° 4 bis, 463-465.

54 - MARX P. et BROCHERIOU J. -

Automutilation oculaire chez un malade atteint de schizophrénie.
Bull. Soc. Opht. France, février 1961, n° 2, 98-101.

55 - MAURANGES P. -

La récidive en matière de tentative de suicide.
Semaine Méd. (Suppl. Sem. Hôp. Paris)
2 mai 1970, 46, n° 9, 170, 171.

56 - MESTAN Melle -

Les états préschizophréniques.
Ann. Méd. Psychol., mai 1960, 118, n° 5, 999.

57 - MIEDZYRZECKI K. -

La récidive en matière de tentative de suicide.
Ann. Méd. Lég., janvier-Février 1967, 47, n° 1, 33-37.

58 - MOINET A. -

Le suicide de grand Abandon.
Thèse de Paris, 1965, Editions A.G.E.M.P.

59 - MOUREN P., TATOSSIAN A. -

La tentative de suicide du sujet jeune.
Ann. Médic. Psychol., janvier 1966, 124, n° 1, 1-16.

60 - NEUMANN H. -

Le buveur schizophrénique.
Méd. Klin. 14 août 1964, 59, n° 33, 1308-1312.

61 - NICK J., des LAURIERS A. -

Appréciation du risque de récidive suicidaire chez les sujets hospitalisés pour tentative de suicide.
Entretiens de Bichat, médecine 1965, 555-560.

62 - NICK J., MOINETA., des LAURIERS A., GUILLARD A., et NICOLLE M.-

Le suicide d'abandon.
Ann. Médico. Psychol., juin 1966, 124, n° 1, 5-17.

63 - NISWANDER G.D., HALERVD G.M., et MITCHELL G.D. -

Modifications dans les causes de mort des schizophrènes.
Arch. Gén. Psychiat., sept. 1963, 9, n° 3, 229-234.

64 - PETERSON D.B. et OLSON G.W. -

Première admission des schizophrènes à l'ère des drogues.
Etude du service des schizophrènes d'Anoka. 1956-1958.
Arch. Gén. Psychiat., août 1964, 11, n° 2, 137-144, 8 fig.

65 - POKORNY A.D. -

Taux de suicide dans diverses affections psychiatriques.
J. Nerv. Ment. Dis., déc. 1964, 139; n° 6, 499 - 506.

66 - POLDINGER W. -

Produits psychopharmaceutiques et prévention du suicide.
Wien. Méd. Wschr., 18 mai 1968, 118, n° 20-21, 471-478 -
9 figures.

67 - POROT M. -

Modes d'entrée dans la schizophrénie.
Revue Praticien, 1 oct. 1965, 15, n° 25, 3224-3259.

68 - PORTA B. et PORTA A. -

Suicide et tentative de suicide. Motivation du suicide.
Riv. Sperim. Freniatria, 31 déc. 1965, 89, n° 6, 1303-1325.

69 - QUIDU M. -

Séméiologie de la conduite suicidaire.
E.M.C., Psychiatrie, Fasc. 37140 GLO, 10-1964.

70 - RINGEL E. -

Une contribution à la question de la tendance héréditaire
au suicide.
Wien. Zschr. Nervenh., 1952, 5, n° 1, 26-40, 2 figures.

71 - RINGEL E. -

Le traitement de la tendance au suicide.
Therap. Fortschr. Neurol. Psychiat., 1960, 425-432.

72 - RIZZO E.M. -

La tentative de suicide des schizophrènes dans la perspec-
tive phénoménologique existentielle.
Riv. Pat. Nerv. Ment. fév. 1957, 78, n° 1, 105-120.

73 - RUFFIN W.C. J.M., COGGINS B.R. et DOWIS L.J. -

Le milieu et le malade schizophrène.
Arch. Gén. Psychiat. mai 1965, 12, n° 3, 516-519.

74 - RYLE A. -

Etude à l'aide d'une grille répertoire de la signification et des conséquences du suicide.
Brit. J. Psychiat., déc. 1967, 113, n° 505, 1393-1403, 6 fig.

75 - SEGAL H. -

La dépression chez le schizophrène.
Internat. J. Psycho. Anal., juil. oct. 1956, 37, n° 415, 339, 343.

76 - SIMON W., WIRT A.L., WIRT R.D. et HALLORAN A.V. -

Etude suivie à long terme de malades schizophrènes.
Arch. Gén. Psychia., mai 1965, 12, n° 5, 510-515.

77 - SMITH A. -

Détérioration mentale dans la schizophrénie chronique.
J. Berv. Ment. Dis., nov. 1964, 139, n° 5 - 479, 487.

78 - SOCCARAS F. -

Schizophrénie pseudo-névrotique et schizophrénie pseudo-caractérielle.
Rev. Franc. Psychanal. Juil. août, 1957 ,21, n° 4, 535-551.

79 - STEINBERG H.R. et DURELL J. -

Situation sociale angoissante, cause de précipitation des symptômes schizophréniques. Etude épidémiologique.
Brit. J. Psychiat. (J. Ment. Sc.)
Sept. 1968, 114, 1097-1105, 5 tableaux.

80 - STEPHENS J.H., ASTRUP C. et MANGRUN J.C. -

Facteurs pronostiques dans la schizophrénie.
Ann. J. Psychiat. Av. 1966, 122, n° 10, 1116-1121.

81 - TABACHNICK N. -

Rapports avec l'entourage dans quelques cas de tentative de suicide.
Arch. Gén. Psych., janv. 1961, n° 1, 16-21.

82 - TOLLE R. -

La psychopathologie des états dépressifs chez les schizophènes.
Arch. F. Psychiat., 1961, 202, n° 4, 440-450.

83 - TRETTER A. -

La première hospitalisation des schizophrènes.
Acta. Med. Polona., 1969, 10, n° 2, 173-185.

84 - TRETHOWAN W.H. -

Les manifestations précoces de la schizophrénie.
Méd. J. Australia, 29 nov. 1958, 45, n° 22, 722-725.

85 - WATKINS CH., GILBERT J.E. et BASS W. -

Tentatives de suicide répétées.
Ann. J. Psychiat., mai 1969, 125, n° 11, 1590-1593.

86 - WILLIAMS R.A. et WALKER R.G. -

Les schizophrènes à la sortie de l'hôpital.
Arch. Gén. Psych. Janv. 1961, 4, n° 1, 87-90.

87 - WILSON OG.C. Jr. -

Suicides chez les malades mentaux qui ont été traités à l'hôpital.
Ann. J. Psychiat., déc. 1968, 125, n° 6, 752-757.

ooOoo

Vu, le Président de Thèse

M. le Professeur NICK

Vu, le Doyen de la Faculté

LARIBOISIERE SAINT-LOUIS

M. le Professeur FOURNIER

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET